



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção do Aleitamento Materno: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Josefina Maria Letras Lopes

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção do Aleitamento Materno:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Josefina Maria Letras Lopes

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Ema e Matias, crianças de abraços fortes e genuínos, com uma doçura no olhar onde me perco e reencontro com energia renovada para continuar.

AGRADECIMENTOS

A realização do presente relatório de estágio profissional constituiu uma jornada repleta de desafios, momentos de dificuldade e de satisfação. Para trilhar este caminho, foi fulcral o contributo de várias pessoas, e a elas quero reiterar o meu agradecimento:

- À Professora Doutora Maria Antónia Chora pela disponibilidade e espírito crítico na orientação;
- Aos Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientadores, pela disponibilidade, momentos de reflexão e aprendizagem;
- Aos restantes Enfermeiros das equipas dos vários contextos de estágio, pelo acolhimento;
- À amiga e colega Carla Trindade, pelo desafio à frequência deste mestrado, pelos bons momentos de reflexão conjunta, pelo companheirismo e apoio durante este percurso;
- À amiga Ana Rita Campos e à Naiara, pelas traduções;
- Aos meus pais e tia Gina pelo apoio familiar;
- Ao Sílvia, pelo amor incondicional, pelo incentivo e perseverança neste longo percurso, que se tornou ainda mais desafiante com o nascimento do nosso príncipe a meio da jornada.

A todos, o meu sincero e profundo obrigado!

RESUMO

Apesar de aleitamento materno contribuir para a promoção de saúde, e dos seus inúmeros benefícios, tanto para a criança como para a mãe, sociedade e meio ambiente, as taxas de aleitamento materno continuam aquém das recomendações da Organização Mundial de Saúde, tornando-se fulcral promovê-lo e apoiá-lo.

No presente relatório, no âmbito do mestrado em enfermagem, descrevemos o percurso formativo realizado ao longo do estágio final, onde demonstramos a implementação do projeto de intervenção, a promoção do aleitamento materno, nas suas várias etapas, segundo a metodologia de trabalho de projeto, sustentados no modelo de promoção de saúde de Nola Pender, e, demonstramos o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, e de mestre em enfermagem, alicerçados nos modelos de parceria de cuidados de Anne Casey, nos cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos.

Palavras-Chaves: enfermagem de saúde infantil e pediátrica; aleitamento materno; promoção de saúde.

ABSTRACT

Although breastfeeding contributes to health promotion and its innumerable benefits, to the child as well to the mother, society and environment, breastfeeding rates are still very low comparing with the World Health Organization recommendations, becoming very relevant to promote and support it.

In the present report, under the nursing master's degree, we describe the formative course carried out during the final training, where we demonstrate the implementation of the intervention project, the breastfeeding promotion, in its various stages, according to the project work methodology, supported by Nola Pender's health promotion model and we demonstrate the common and specific development of nurses specialized in children's and pediatric health and with nursing master degree, consolidated on Anne Casey's partnership of care models, on the family centered care and non-traumatic care.

Keywords: infant and pediatric health nursing; breastfeeding; health promotion.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Resultado dos questionários de avaliação de conhecimentos da ação de formação: "Boas Práticas em Aleitamento Materno" CV

Gráfico 2- Resultado dos questionários de avaliação do formando na ação de formação: "Boas Práticas em Aleitamento Materno" CVII

Gráfico 3- Resultado dos questionários de avaliação do formando na ação de formação: "Boas Práticas em Aleitamento Materno" CVII

Gráfico 4 - Resultado dos questionários de avaliação da ação de formação: Norma de procedimento em Enfermagem - O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil CXXIX

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	American Psychological Association
BIS	Boletim Individual de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS	Direção Geral de Saúde
ECTS	European Credit Transfer System
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
FIL	Fator de Inibição da Lactação
IPS	Instituto Politécnico de Setúbal
Kcal	Quilocalorias
ml	Mililitros
NACJR	Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
OAM	Observatório do Aleitamento Materno
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
S.D	Sem Data
SNIP	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCEN	Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UNICEF	United Nations Children's Fund
USF	Unidade de Saúde Familiar
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. O Aleitamento Materno	17
1.1.1. Fisiologia da lactação	18
1.1.2. Vantagens do aleitamento materno	21
1.1.3. Otimizar a amamentação	24
1.2. Modelos Teóricos	29
1.2.1. Modelos do cuidar em enfermagem pediátrica	29
1.2.2. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender	30
2. O PERCURSO FORMATIVO.....	32
2.1. Metodologia do trabalho de Projeto	33
2.2. Estágio I	34
2.3. Estágio Final.....	35
2.3.1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais.....	35
2.3.2. Serviço de Pediatria Médica.....	42
2.3.3. Unidade de Cuidado de Saúde Personalizados	46

2.4.	Análise Reflexiva das Competências Desenvolvidas	53
2.4.1.	Competências comuns do enfermeiro especialista	54
2.4.2	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica	61
2.4.3.	Competências de mestre em enfermagem.....	65
3.	CONCLUSÃO	67
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES		LXXVIII
Apêndice I – Revisão da literatura - Aleitamento materno: fatores que contribuem para o abandono precoce		LXXIX
Apêndice II – Folhetos: O aleitamento materno		LXXXII
Apêndice III – Plano da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”		LXXXVI
Apêndice IV- Ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno.....		LXXXVIII
Apêndice V- Questionário de avaliação de conhecimentos da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno		CII
Apêndice VI- Resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”		CIV
Apêndice VII – Resultado dos questionários de avaliação da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”		CVI
Apêndice VIII- Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil.....		CVIII

Apêndice IX-Poster – Aleitamento Materno	CX
Apêndice X-Plano da Ação de Formação: Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	CXII
Apêndice XI- Ação de formação: Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil.....	CXIV
Apêndice XII-Questionários de Avaliação Ação: Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	CXXVI
Apêndice XIII – Resultado dos Questionários de Avaliação Ação: Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil.....	CXXVIII
Apêndice XIV-Resumo dos Artigos.....	CXXX

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se na unidade curricular Relatório do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, com área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e tem como objetivo descrever as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] e de mestre em enfermagem desenvolvidas ao longo dos estágios, assim como descrever e avaliar um projeto de intervenção profissional no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O relatório de estágio, de natureza profissional, será objeto de defesa pública com vista à concessão do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 63).

O projeto de intervenção profissional sustenta-se na metodologia de trabalho de projeto, centrada na resolução de problemas, constituída por 5 etapas específicas sequenciais: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação de resultados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

O leite materno é um alimento completo e dinâmico (Levy & Bértolo, 2012), cuja composição se modifica não só ao longo do tempo como também ao longo da mamada, adaptando-se ao crescimento e necessidades RN [Recém-nascido]/lactente (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). A Organização Mundial de Saúde [OMS] recomenda-o em exclusivo até aos 6 meses e em complementaridade com a diversificação alimentar pelo menos até aos 2 anos (World Health Organization [WHO], 2017). É composto não só por nutrientes de elevada qualidade, mas também de elementos que contribuem para o aumento da imunidade da criança (WHO, 2009).

A evidência científica tem demonstrado que as vantagens do aleitamento materno são inúmeras para a criança e para a mãe, a curto e a longo prazo, como para a sociedade (WHO, 2018). Entre outros benefícios, diminui o risco da mãe e criança desenvolverem determinadas doenças, aumenta a capacidade cognitiva da criança (WHO, 2009) e promove a vinculação (UNICEF, 2015). Do ponto de vista económico, amamentar permite uma redução dos gastos da família com a alimentação do RN/lactente, diminui as despesas da sociedade em cuidados de saúde e aumenta a sua produtividade, dado que a abstinência laboral é menor (WHO, 2018).

A experiência profissional numa unidade de urgência pediátrica permitiu-nos perceber que poucas são as crianças amamentadas pelos períodos recomendado pela OMS e que o aleitamento materno nem sempre é uma vivência positiva para as mães pelas dificuldades e problemas que emergem.

No relatório de registo de aleitamento materno realizado em Portugal entre julho 2010 e junho 2011 concluiu que aos 6 meses 35,4% dos lactentes mantinham aleitamento materno exclusivo e 13% aleitamento misto (leite materno e artificial) (Observatório do Aleitamento Materno [OAM] , 2012) e no ano de 2013 que 41,1% mantinham aleitamento materno exclusivo e 12,8% aleitamento misto aleitamento misto (OAM , 2014). Não foram efetuados novos relatório nos anos seguintes, não existindo assim dados efetivos sobre a realidade portuguesa atual.

No estudo de Gaspar, Luz, Gomes, & Gonçalves (2015) verificou-se que a taxa de aleitamento materno aos 6 meses foi de 18,8% e de aleitamento materno complementar até aos 2 anos de 10,5%. De acordo com os autores, cerca de 40% abandonou o aleitamento materno entre o nascimento e os seis meses, 14,5% antes do primeiro mês, identificando como principais motivos: “ 47% pela sensação de que o leite era insuficiente para o lactente; 34% por dificuldades na amamentação (dor, fissuras, mastite, recusa do lactente em mamar); e 11% por perda ponderal do lactente” (Gaspar, Luz, Gomes, & Gonçalves, 2015, p. 321).

Segundo Oliveira (2016), todas as mães antes do parto desejavam amamentar e receberam informação sobre o aleitamento materno. No momento da alta hospitalar 75% dos RN eram amamentados, descendo para os 42,6% aos 6 meses, sendo a má progressão ponderal (42,9%) e a falta de leite (14,3%) os principais fatores para o abandono (Oliveira M. , 2016).

Pela análise desde dados, constata-se que o aleitamento materno em Portugal está longe de alcançar as recomendações da OMS. A baixa taxa de aleitamento materno tem implicações desfavoráveis para a saúde, desenvolvimento e sobrevivência da criança e mãe (WHO, 2018).

Face ao exposto, tendo como linha de investigação segurança e qualidade de vida, tornou-se primordial a realização este projeto: “promoção do aleitamento materno – intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica”, suportado pelo modelo de promoção de saúde de Nola Pender, que sustenta que as intervenções de

enfermagem influenciam os principais fatores que determinam os comportamentos de promoção de saúde (Sakrinda, 2004). O projeto tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem nos diferentes locais de estágio;
- Otimizar estratégias para a promoção do aleitamento materno nos diferentes locais de estágio.

A promoção do aleitamento materno está inerente às competências do EEESIP (Regulamento nº 422, 2018), este “maximiza o bem-estar da criança e garante processos de cuidados promotores das suas capacidades de autocuidados, constituindo-se como elementos importantes (...) a implementação de intervenções que contribuam para a promoção da amamentação” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017, p. 8), “tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação de cuidados “ (OE, 2017, p. 4).

O trabalho inicia-se com as presentes considerações iniciais, onde o mesmo é contextualizado e apresentando os objetivos do trabalho. Seguidamente é desenvolvido o enquadramento teórico sobre o aleitamento materno, sendo abordado a fisiologia da lactação, vantagens do aleitamento materno e como optimizá-lo; e sobre os modelos teóricos que sustentaram o projeto. No capítulo seguinte relatamos o percurso formativo efetuado, descrevemos os locais de estágio, os objetivos específicos do projeto, as atividades desenvolvidas em cada local de estágio e realizamos uma análise reflexiva das competências comuns, específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem desenvolvidas. O trabalho termina com a conclusão, onde é evidenciado o cumprimento dos objetivos propostos e descritas as perspetivas futuras. Por fim são apresentadas as referências bibliográficas e os apêndices. O presente trabalho académico cumpre as normas de citação e referência da *American Psychological Association* [APA] e foi redigido segundo o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo expomos a fundamentação teórica sobre aleitamento materno, os modelos teóricos que norteiam o cuidar em enfermagem pediátrica e o modelo de promoção de saúde de Nola Pender que deram sustento ao projeto.

1.1. O Aleitamento Materno

A OMS defende que o aleitamento materno é a melhor fonte de nutrição para a criança. Recomenda-o em exclusivo, ou seja, que a criança não ingira outro alimento nem água para além de leite materno até aos 6 meses (180 dias), uma vez que este garante todas as suas necessidades nutricionais e energéticas. Findo este período, é necessário iniciar a diversificação alimentar, pois o leite materno já não suprime todas as suas necessidades. No entanto, tendo em conta a elevada qualidade dos seus nutrientes e os fatores de proteção que contém, o aleitamento materno deve-se manter, pelo menos, até aos 2 anos (WHO, 2009).

Apesar de constituir o melhor alimento para as crianças, existem situações onde os riscos são superiores ao seu benefício, podendo a sua ingestão ser uma contra-indicação definitiva ou temporária (Eidelman & Schanler, 2012).

RN com doenças metabólicas como a galactosemia (Levy & Bértolo, 2012) ; mães portadoras do vírus T-linfotrópico humano tipo 1 e tipo 2, apesar de pouco prevalente no país, (Eidelman & Schanler, 2012; Franco, Castilho, Graça, & Marques, 2018) e em Portugal, mães portadoras da VIH (Eidelman & Schanler, 2012; Levy & Bértolo, 2012; Franco, Castilho, Graça, & Marques, 2018) constituem condições para a contra-indicação definitiva da amamentação.

Relativamente ao VIH, as recomendações dependem das políticas de saúde de cada país. De uma forma geral, nos países desenvolvidos, dado a transmissão do vírus pelo leite materno, as recomendações são para a evicção do aleitamento materno. No entanto, nos países em vias de desenvolvimento o risco de mortalidade por desnutrição e por doenças infecciosas supera o risco de

mortalidade pela infeção com VIH, pelo que aleitamento materno é recomendado (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012; Franco, Castilho, Graça, & Marques, 2018).

O consumo de drogas (Eidelman & Schanler, 2012), de medicamentos prejudiciais à criança (Levy & Bértolo, 2012) e determinadas doenças maternas determinam a interrupção temporária do aleitamento materno. Mulheres lactantes com herpes com lesões mamárias não devem amamentar até resolução da doença (Levy & Bértolo, 2012; Eidelman & Schanler, 2012; Franco, Castilho, Graça, & Marques, 2018). Mães com varicela (que iniciaram 2 dias após o parto e exceto as que apresentam lesões mamárias), com gripe H1N1, com tuberculose ativa (exceto se lesões mamárias) apesar de necessitarem de estar isoladas da criança podem extrair leite materno para alimentá-la (Franco, Castilho, Graça, & Marques, 2018). Na doença de Lyme ou sífilis a amamentação pode ser reestabelecida após 24h de antibioterapia, exceto se apresentarem lesões mamárias. Segundo Franco, Castilho, Graça, & Marques (2018), em caso de mastite/abcesso por *Staphylococcus aureus*, as recomendações variam entre 24-48h de antibioterapia, antes de retomar o aleitamento materno.

1.1.1. Fisiologia da lactação

A lactação é um complexo processo fisiológico, com algumas particularidades ainda desconhecidas, que depende do prévio desenvolvimento da glândula mamária, da regulação hormonal e de fatores locais (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

O desenvolvimento da glândula mamária é um processo lento e gradual, que apenas atinge a sua diferenciação completa aquando de uma gravidez com sucesso. Não obstante, este órgão exócrino é dinâmico, o que significa que, relacionado com os processos reprodutivos, apresenta ciclos repetidos de crescimento, diferenciação funcional e posteriormente regressão (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

No interior da mama encontram-se os alvéolos, estruturas compostas por várias células epiteliais produtoras de leite, que se agrupam em torno dos ductulos e, por sua vez, conectados ao ducto interlobular coalescem e formam ductos maiores denominado seios lactíferos, que terminam no mamilo onde se tornam novamente mais estreitos, designados de ductos lactíferos (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). O leite produzido é armazenado nos alvéolos e ductos. Os alvéolos estão

rodeados de células musculares responsáveis pela sua contração e consequentemente iniciar o fluxo do leite (WHO, 2009). O mamilo está inserido numa região pigmentada da mama, a aréola onde se localizam as glândulas de Montgomery, responsáveis pela secreção de um fluido oleoso que, para além de proteger a mama durante a amamentação, produz um aroma para atrair o RN à mama (WHO, 2009; Mannel, Martens, & Walker, 2011).

Durante a gravidez ocorre a proliferação dos ductos e alvéolos e diminuição do tecido adiposo. Os alvéolos aumentam também o seu tamanho principalmente no último trimestre. O fluxo sanguíneo duplica em volume e mantém-se assim até ao desmame (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

A lactogénese inicia-se sensivelmente na segunda metade da gestação e é dividida em duas fases consecutivas: lactogénese I e lactogénese II. Na primeira fase, lactogénese I, ocorre uma diferenciação das células epiteliais dos alvéolos que permitem a produção do colostro (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). A secreção do leite é geralmente inibida até ao parto pela ação da progesterona e estrogénios, que se apresentam em concentrações elevadas (WHO, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017). A lactogénese II inicia-se após o parto, pelo decréscimo abrupto da concentração de progesterona, estrogénio e lactogénios placentários, em consequência da expulsão da placenta (WHO, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Sensivelmente nos primeiros 4 dias após o parto é produzido o colostro, seguido de um período de 10 a 15 dias de leite de transição e findo este período produzido o leite maduro (WHO, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017). O leite maduro é constituído por 85% água, 3,5% proteínas, 7% hidratos de carbono, 4% lípidos 0,5% minerais (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

A lactogénese pode ser retardada por algumas situações específicas, como a retenção placentária, cesariana, diabetes ou elevados níveis de stress durante o parto (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Durante o estabelecimento da lactação, sensivelmente nas primeiras semanas após o parto (Levy & Bértolo, 2012), a prolactina e a ocitocina são as hormonas responsáveis pela produção de leite. Quando o RN mama, os impulsos sensoriais atravessam o mamilo chegando ao cérebro e a hipófise, em resposta, segrega no lobolo anterior prolactina e no lobolo posterior ocitocina (WHO, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Durante a amamentação, aumentam os níveis de prolactina no sangue, atingindo o pico de concentração após 45 minutos, e a produção de leite é estimulada (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). Nas primeiras semanas após o parto, quanto mais o RN estimular o mamilo através da sucção eficaz maior quantidade de prolactina é segregada e consequentemente mais leite é produzido (WHO, 2009). No período noturno ocorre também maior síntese de prolactina, sendo por isso fundamental a amamentação durante a noite. A prolactina induz na mulher lactante sonolência e relaxamento, o que contribuiu para o seu descanso (WHO, 2009).

A ocitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina e incita a contração das células musculares que circundam os alvéolos, provocando a saída do leite (WHO, 2009) - processo de descida ou ejeção do leite (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999). Suspeita-se que a ocitocina também tenha efeito direto na atividade secretora dos alvéolos (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). O reflexo da ocitocina é condicionado pelas sensações da mulher lactante. Se esta está confortável, pensa, vê ou toca no seu filho, o reflexo da ocitocina é ativado e ocorre a ejeção do leite (WHO, 2009). Em oposição, o stress físico ou psicológico assim como a dor, diminuiu a excreção do leite, pela inibição da ação da ocitocina (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). À semelhança da prolactina, também a ocitocina contribui para o relaxamento e redução dos níveis de stress e ansiedade (WHO, 2009) assim como aumenta os sentimentos de afeto entre mãe e filho (Mannel, Martens, & Walker, 2011).

O fator inibidor da lactação [FIL] é uma proteína presente no leite materno e constituiu um fator local, principal responsável pela sua produção, após o estabelecimento da lactação (WHO, 2009), apesar de continuar a ser necessária a ação da prolactina e ocitocina. A sua ação é independente em cada glândula mamária. Se o leite não for removido o FIL impede que seja produzido mais, enquanto que, em oposição, se o leite for removido o inibidor também é eliminado e consequentemente é gerado mais leite. (WHO, 2009; Mannel, Martens, & Walker, 2011).

Nos primeiros dias pós-parto, dependendo das frequências das mamadas e do volume de leite consumido pelo RN, a quantidade de leite produzida aumenta rapidamente mas estabiliza após 1 mês (Truchet & Honvo-Houéto, 2017), e mantém-se constante até 6 meses após o parto, sensivelmente entre 750-800ml/dia (Hookway, 2016; Truchet & Honvo-Houéto, 2017). Findo este período, o volume de leite produzido diminui e ocorre uma redução significativa do tecido mamário, retornando a mama o seu tamanho sensivelmente após 15 meses de lactação (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). A composição do leite materno modifica-se não só ao longo do tempo

como também ao longo da mamada adaptando-se ao crescimento e necessidades RN/lactente (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

O volume de leite produzido não é influenciado pela prática de exercício físico (Mannel, Martens, & Walker, 2011; GradDip & B.Physio, 2012) nem pelo aumento da ingestão de líquidos ou calorias (Mannel, Martens, & Walker, 2011). No entanto, a nutrição materna afeta a qualidade do leite produzido (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Segundo Truchet & Honvo-Houéto (2017) a lactação mantém-se enquanto o leite for regularmente removido da glândula mamária e cessa na ausência de extração regular, dando início a um processo de involução com franca diminuição, por apoptose e autofagia, do tecido epitelial alveolar.

1.1.2. Vantagens do aleitamento materno

Para além de todos os nutrientes de elevada qualidade, o leite materno apresenta na sua constituição elementos com determinadas propriedades que conferem vários benefícios para a criança.

O colostro é rico em leucócitos e imunoglobulinas, contém um fator de crescimento epidérmico que melhora o revestimento do intestino, preparando-o para a digestão dos outros nutrientes do leite (WHO, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017) e possui um efeito laxante, contribuindo para excreção do mecónio e consequentemente diminuir os níveis de bilirrubina (Mannel, Martens, & Walker, 2011).

Dos elementos constituintes do leite que conferem vantagens não nutricionais destacam-se: as imunoglobulinas que revestem as mucosas impedindo a entrada de bactérias (WHO, 2009; Mannel, Martens, & Walker, 2011); as proteínas lisozima e lactoferrina e a enzima lipase que tem ação bactericida (Mannel, Martens, & Walker, 2011; Truchet & Honvo-Houéto, 2017); a lactoferrina que induz o aumento dos linfócitos B e T e dos lactobacilos (Mannel, Martens, & Walker, 2011); os oligossacarídeos que impedem que as bactérias adiram à mucosa intestinal (WHO, 2009; Mannel, Martens, & Walker, 2011); as hormonas que são responsáveis por modelar o metabolismo e a

composição corporal do RN/lactente (Truchet & Honvo-Houéto, 2017); os ácidos gordos de cadeia longa, fundamentais para o desenvolvimento do sistema nervoso (World Health Organization, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017) e os microRNAs que modelam funções celulares importantes como a resposta imune, apoptose, ciclo celular e metabolismo, entre outras (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

O leite materno é considerado também um alimento probiótico, com elevado número de bactérias que, apesar de ainda não ser completamente claro a sua origem, se através da pele da mãe ou da própria flora intestinal materna que atinge a glândula mamária via sistema linfático ou circulatório, são importantes para a prevenção de alergias e distúrbios metabólicos (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Para além dos benefícios supracitados decorrentes da constituição do leite materno, ao longo das últimas décadas têm sido realizados vários estudos com o intuito de correlacionar o aleitamento materno com a incidência de várias doenças. Assim, concluiu-se que as crianças amamentadas tem menor risco de: obesidade (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012; Horta & Victora, 2013), gastroenterite, infeções respiratórias, otite média, asma, dermatite atópica e eczema, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, leucemia (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012), diabetes tipo II, hipertensão arterial (WHO, 2009; Horta & Victora, 2013), enterocolite necrosante, síndrome de morte súbita, linfoma (Eidelman & Schanler, 2012), meningite por *Haemophilus influenzae*, infeção urinária e colesterol elevado (WHO, 2009).

As crianças alimentadas com leite materno também apresentam maior desenvolvimento cognitivo (WHO, 2009). Segundo Deoni *et al* (2013), apesar de não se conhecerem os mecanismos subjacentes, as crianças alimentadas com leite materno apresentam maior desenvolvimento de matéria branca cerebral (estrutura complexa, composta por axónios revestidos por uma substância lipídica, a mielina), assim como melhor desempenho comportamental e cognitivo, o que sustenta o pressuposto que o desenvolvimento da matéria branca cerebral é promovido pelo constituintes do leite materno.

O aleitamento materno também contribui para uma melhor aceitação dos alimentos aquando da introdução alimentar (Levy & Bértolo, 2012). O sabor do leite materno varia consoante os diferentes alimentos e especiarias que a mãe consome, o que contribui para a familiarização do lactente a esses sabores e consequentemente a sua melhor aceitação (Ventura, 2017), mesmo que

sejam sabores intensos (Mannel, Martens, & Walker, 2011; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012). Segundo Ventura (2017), os lactentes expostos a sabores diferentes e intensos, como o do alho, mamam durante mais tempo e com maior número de sucções.

O aleitamento materno também tem sido correlacionado com o sono noturno. Engler, Hadash, Shehadeh & Pillar (2011) identificaram melatonina no leite materno, em quantidades variáveis durante o ciclo circadiano, sendo o pico de concentração à noite. Comitantemente, verificaram também que as crianças amamentadas apresentavam um sono noturno mais prolongado, embora com despertares mais frequentes.

A amamentação também constitui uma medida não farmacológica para alívio da dor nos RN/lactentes (OE, 2013), que “além de proporcionar conforto pelo contacto com a mãe, constitui uma estratégia eficaz, natural, inócua e acessível (...)” (Chora & Alves, 2018, p. 1439), revelando-se “mais eficaz que a massagem terapêutica, (...) igualmente eficaz à solução oral de dextrose a 25%” (Chora & Alves, 2018, p. 1439).

Para a mulher lactante as vantagens são a curto e a longo prazo. A diminuição do risco de hemorragia pós parto; de neoplasia da mama e do ovário (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012); de diabetes mellitus tipo II; de hipertensão (Eidelman & Schanler, 2012; Louis-Jacques & Stuebe, 2018); de artrite reumatoide; de hiperlipidémia; de doença cardiovascular; (Eidelman & Schanler, 2012) e de enfarte do miocárdio (Louis-Jacques & Stuebe, 2018) constituem benefícios documentados para a mulher lactante. Há ainda a acrescentar que a amamentação contribui para o processo de vinculação (UNICEF, 2015) e para a recuperação do peso materno (Mannel, Martens, & Walker, 2011; Eidelman & Schanler, 2012), uma vez que a lactação implica o consumo de cerca de 500 Kcal, uma parte proveniente das reservas acumuladas durante a gravidez (WHO, 2009).

O aleitamento materno também protege a mãe de uma nova gravidez, uma vez que, por vários fatores, ocorre a inibição da ovulação (WHO, 2009; Truchet & Honvo-Houéto, 2017). No entanto, a amenorreia da lactação só é garantida quando a mulher amamenta em exclusivo com intervalos inferiores a 6 horas (WHO, 2009).

Do ponto de vista económico, o aleitamento materno tem vantagens para a família pois não tem quaisquer custos associados e diminui os gastos em saúde, dado que as crianças amamentadas adoecem menos. As vantagens económicas são também ao nível da economia da sociedade tendo

em consideração que diminui o absentismo dos pais e reduz as despesas na área da saúde infantil e materna (WHO, 2018). Segundo a WHO (2018), o aumento da taxa de aleitamento materno representaria uma poupança anual de trezentos bilhões de dólares à economia global.

De acordo com a WHO (2018), o leite materno é também ecológico e sustentável, como não necessita de ser fabricado e embalado, poupa recursos naturais e energéticos, não polui, sendo assim também vantajoso para o meio ambiente.

1.1.3. Otimizar a amamentação

As dificuldades na técnica de amamentar (Oliveira, Iocca, Carrijo, & Garcia, 2015; Oliveira M., 2016; Alves, et al., 2017; Freitas, Werneck, & Borim, 2018) e as complicações relacionados com a amamentação como dor, fissuras, ou mastite (Oliveira, Iocca, Carrijo, & Garcia, 2015; Díaz-Gómez, Ruzafa-Martínez, Ares, Espiga, & Alba, 2016; Alves, et al., 2017; Freitas, Werneck, & Borim, 2018; Amaral, et al., 2015; Simo, Fernandez, Diez, Andres, & Capaces, 2015) constituem um dos motivos para o desmame precoce. Apesar de amamentar ser um ato inato, é também um comportamento que pode ser ensinado e aprendido (WHO, 2017) e assim prevenirmos a existência de alguns dos motivos responsáveis pela interrupção precoce do aleitamento materno. Não obstante, face ao exposto na fisiologia da lactação, é fulcral capacitar as mulheres lactantes e família para boas práticas em aleitamento materno e assim promover o seu sucesso e qualidade. Nesta subseção iremos explicar a fundamentação teórica de como otimizar o aleitamento materno.

O RN deve ser amamentado em horário livre, sempre que apresenta sinais de fome (WHO, 2009), não devendo esse intervalo no primeiro mês de vida, regra geral, ser superior a 3 horas (Levy & Bértolo, 2012). O choro é um sinal tardio de fome (WHO, 2009), sendo precedido por outras manifestações do RN, nomeadamente apresentar-se irrequieto, realizar movimentos de busca e de mastigação (Gouveia & Órfão, 2009), levar as mãos à boca e efetuar sucção (WHO, 2009). Quando saciado, o RN larga espontaneamente a mama, encosta a cabeça à mama materna, adormece e apresenta as mãos mais relaxadas (Genna, 2017).

A mulher lactante pode amamentar em várias posições o importante é sentir-se confortável e relaxada para potenciar o reflexo da ocitocina (WHO, 2009). Também o RN/lactente, em relação ao

corpo da mãe, pode estar em diferentes posicionamentos, desde que a cabeça e corpo permaneçam em linha reta, junto ao corpo da mãe, com a face de frente para o mamilo (Organização Mundial de Saúde [OMS] e Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1997), garantindo o apoio de todo o corpo (WHO, 2009).

Ao amamentar, como o teor de lípidos aumenta ao longo da mamada (Levy & Bértolo, 2012; Truchet & Honvo-Houéto, 2017) é importante oferecer primeiro uma mama, esperar que o RN/lactente a esvazie e liberte naturalmente, e de seguida oferecer a outra (WHO, 2009). Na refeição seguinte, iniciar pela mama que não mamou na última mamada, ou pela que mamou em último (WHO, 2009). A duração da mamada é variável, o importante é perceber se o RN/lactente está realmente a mamar ou seja, se faz sucção e a seguir deglute (Levy & Bértolo, 2012). No entanto, mamadas constantes superiores a 40 minutos geralmente indicam amamentação ineficaz (Genna, 2017).

Para que o RN extraia eficazmente leite e estimule o mamilo de forma adequada é necessário estar bem-adaptado à mama. Para tal, deve-se tocar com o mamilo nos lábios do RN, esperar que permaneça com a boca bem aberta e de seguida aproximá-lo à mama, garantindo uma pega correta (OMS & UNICEF, 1997). O RN está bem-adaptado à mama, ou seja, efetua uma boa pega, quando a sua boca está bem aberta com o lábio inferior virado para fora; o queixo toca ou está quase a tocar na mama e grande parte da aréola não é visível. Em oposição, se a boca não está bem aberta, com o lábio inferior virado para dentro, apenas o mamilo está dentro da boca do RN e o queixo está longe da mama, então o RN não está bem-adaptado à mama (WHO, 2009). Uma pega incorreta é dolorosa, traumatiza o mamilo e não permite uma extração eficaz de leite materno (WHO, 2009).

Apenas quando bem-adaptado à mama, o RN realiza uma sucção eficaz: lenta e profunda com pequenas pausas, sendo a deglutição visível e por vezes audível (WHO, 2009). Se o RN/lactente tem um aumento ponderal adequado, então o leite materno que ingere é o suficiente (Hookway, 2016; Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Algumas mulheres sentem necessidade de sustentar a mama durante a amamentação. A forma correta de o fazer é colocar a mão em forma de “C”, o dedo polegar acima da aréola e os 4 dedos apoiando a parte de baixo da mama, salvaguardando que os dedos não exerçam muita pressão nem permaneçam próximo do mamilo de forma a não bloquear a saída de leite (OMS & UNICEF, 1997).

Tal como já referimos anteriormente, é vital evitar as complicações que podem ocorrer durante a amamentação. De forma a prevenir a maceração do mamilo e aréola, se necessário interromper a mamada, com o intuito de parar a sucção, deve-se introduzir com suavidade um dedo na boca do RN/lactente (Levy & Bértolo, 2012); a higiene deve ser realizada no banho diário apenas com água (Levy & Bértolo, 2012; Jacobs, et al., 2013) acautelando assim a eliminação dos óleos naturais (Jacobs, et al., 2013); após o banho e após todas as mamadas, deve-se extrair algumas gotas de leite materno e aplicar na aréola e mamilo, deixando em seguida secar ao ar (Levy & Bértolo, 2012; Jacobs, et al., 2013) e deve-se substituir os discos de amamentação sempre que se encontrem húmidos (Jacobs, et al., 2013).

Garantir pega adequada, amamentar em horário livre, sem longos intervalos e esvaziar a mama a cada mamada contribuem para a prevenção do ingurgitamento mamário (Berens & Brodribb, 2016) e da mastite (WHO, 2009). Tratar as complicações que surjam como o ingurgitamento mamário ou fissuras e evitar compressão da mama por roupas apertadas ou pelos dedos durante a amamentação, também contribui para a prevenção da mastite (WHO, 2009).

Tendo em conta que a qualidade do leite materno é influenciada pela ingestão alimentar da mulher lactante (Truchet & Honvo-Houéto, 2017), revela-se fulcral uma dieta saudável, variada e equilibrada sem restrições de alimentos saudáveis como alimentos potencialmente alérgenos ou alimentos que, sem fundamentação científica, estão associados ao aumento das cólicas do RN/lactente. Restrições de alimentos saudáveis apenas contribuem para a diminuição do valor nutricional da dieta materna (Gouveia & Órfão, 2009; Mannel, Martens, & Walker, 2011; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012). Não obstante, a ingestão de bebidas alcoólicas é desaconselhada não só porque pode interferir na capacidade da mãe cuidar do filho, como diminui a quantidade de prolactina (Eidelman & Schanler, 2012) e pelas consequências nefastas no crescimento e desenvolvimento neurológico da criança, dado que há transferência de álcool para o leite materno (Mannel, Martens, & Walker, 2011). É também importante a redução de alimentos que contenham cafeína como o café, chá preto, chá verde, bebidas energéticas à base de cola, não devendo o seu consumo ser superior a 300mg/dia, pois pode induzir problemas com o sono e irritabilidade no RN/lactente. O café expresso contém 100mg de cafeína, 1 chávena de chá preto 80mg e 1 chávena de chá verde 50mg (Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna, s.d.).

A separação da mãe do RN/lactente como em caso de hospitalização (Amaral, et al., 2015) ou pelo retorno à atividade profissional, também constituem motivos para o abandono precoce do aleitamento materno (Simo, Fernandez, Diez, Andres, & Capaces, 2015; Díaz-Gómez, Ruzafa-Martínez, Ares, Espiga, & Alba, 2016; Oliveira M., 2016). É importante informar as mães que, apesar de separadas dos seus filhos, podem manter o aleitamento materno, se extraírem e conservarem, por refrigeração ou congelação, o leite materno para posteriormente ser oferecido ao RN/lactente na sua ausência.

Apesar do leite refrigerado ou congelado ter menor qualidade que o leite recém extraído, uma vez que diminui a quantidade de leucócitos, imunoglobulinas, antioxidantes, vitaminas, lípidos, proteínas, fatores de crescimento e probióticos (Eglash & Simon, 2017), continua a ser uma excelente opção alimentar, rica não só em nutrientes de qualidade como em elementos que fortalecem a imunidade da criança.

A extração do leite materno pode ser manual ou mecânica com recurso a bomba extratora. Idealmente o leite deve ser extraído com a mesma frequência que o RN/lactente mama. Antes de iniciar a extração do leite, para além de ser necessário uma boa higienização das mãos, deve-se estimular reflexo da ocitocina, de forma a facilitar a ejeção do leite: estar confortável e relaxada, tomar banho, colocar compressas com água morna na mama, estar próximo do RN/lactente ou olhar para uma fotografia dele (OMS & UNICEF, 1997).

Como a extração manual é uma técnica de fácil execução e que não necessita de nenhum dispositivo auxiliar, ela deve ser ensinada à mulher lactante (OMS & UNICEF, 1997). Para realizar a extração manual colocar a mão em posição de “c” com o polegar acima da aréola e indicador abaixo da mama, oposto ao polegar, pressionar a mama em direção à parede torácica, comprimir e aliviar a mama entre os dedos, repetindo a sequencia, tendo o cuidado de evitar deslizar os dedos pela mama e comprimir o mamilo (WHO, 2009).

O leite deve ser armazenado em recipientes de vidro ou plástico (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013a), na quantidade necessária para cada refeição, até um máximo de $\frac{3}{4}$ da sua capacidade se for para congelar, devido à expansão do volume e devidamente identificados, incluindo a data e hora de recolha (Eglash & Simon, 2017).

Todos os utensílios reutilizáveis utilizados na recolha do leite materno, devem ser desmontados, lavados com água e detergente e enxaguados adequadamente, ou na máquina de lavar loiça. Sempre que não for possível garantir uma correta higienização dos materiais, estes devem ser esterilizados (Eglash & Simon, 2017).

O leite recém-extraído pode ser armazenado à temperatura ambiente (16º-29ºC) durante 4h ou entre 6-8h se extraído sobre muito boas condições de higiene; refrigerado a 4ºC, durante 4 dias ou entre 5 a 8 dias se extraído sob excelentes condições de higiene e congelado a -18ºC até 6 meses. O leite materno pode ser transportado durante 24h em bolsa isotérmica com termoacumulador (15ºC) (Eglash & Simon, 2017).

Idealmente o leite materno deve descongelar lentamente no frigorífico, podendo ficar armazenado até 24h. Não aquecer o leite em banho maria, porque o sobreaquecimento provoca inativação das proteínas bioativas e diminuição do teor de lípidos nem no micro-ondas porque diminui os fatores imunológicos. O correto, é aquecer o leite materno sob água morna corrente ou num recipiente com água morna (máx. 40ºC) (Eglash & Simon, 2017).

Na extração de leite materno em contexto hospitalar, pelo maior risco de infeção, é importante: desperdiçar as primeiras gotas de leite; usar máscara, se a mãe apresentar infeção respiratória; fornecer um conjunto esterilizado para cada colheita, incluindo as que se realizam no domicílio (DGS, 2013a). No frigorífico, com temperatura igual ou inferior a 4º o leite pode ser conservado até 48h e no congelador a -20º por 6 meses. Segundo a DGS (2013a), são os enfermeiros dos serviços responsáveis por transmitir oralmente e em suporte escrito as orientações aos pais sobre a recolha, conservação e transporte do leite materno.

1.2. Modelos Teóricos

A teorização sustenta a prática de enfermagem permitindo descrever, explicar e antever fenómenos e orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados e autonomia da profissão (Alligood & Tomey, 2004). Por isso, para a realização deste projeto foi fulcral alicerçarmo-nos em alguns modelos teóricos.

1.2.1. Modelos do cuidar em enfermagem pediátrica

Cuidar com excelência de crianças pressupõe alicerçarmo-nos em alguns modelos e filosofias como o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey; os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Define-se criança como “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, ou 25 e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2017, p. 4).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey sustenta-se na filosofia que os pais são quem presta os melhores cuidados à criança, pois são envoltos em amor, estímulo e proteção com o intuito de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento (Casey, 1993). É destacada a importância da família, e a implementação do modelo requer um processo de negociação tendo como premissa o respeito pelos desejos da criança/família assim como as suas necessidades (Casey, 1993). Neste modelo, os pais são incentivados a prestar todos os cuidados familiares e em algumas circunstâncias, a realizar algumas atividades de enfermagem, após ensino e instrução, e com supervisão do enfermeiro (Casey, 1993).

Na filosofia dos cuidados centrados na família, a família é considerada como uma unidade indissociável da criança, devendo os profissionais de saúde “apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais” (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11); capacitar a família para promover o seu desenvolvimento de competências e empoderá-las de forma a terem um controlo positivo sobre as suas vidas (Hockenberry & Barrera, 2014).

Os cuidados não traumáticos referem-se a cuidados cujas intervenções reduzem ou eliminam o desconforto psicológico, como o medo, ansiedade ou raiva, e o desconforto físico vivenciado pela criança onde o objetivo major é não causar dano. Para atingir esse objetivo é necessário minimizar a separação da criança e família assim como a dor e a lesão corporal, para além de incentivar a sensação de controlo (Hockenberry & Barrera, 2014).

1.2.2. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender

A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa, ocorre em 1986. A saúde é um objetivo primordial para a orientação de uma nova política de saúde, envolvendo não só as pessoas como vários setores da sociedade (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986). A promoção da saúde é um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986, p. 1). Para tal é necessário criar ambientes favoráveis, reorientar os serviços de saúde, desenvolver competências pessoais e garantir acesso à informação e a estilos de vida saudáveis (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986).

Nola Pender desenvolveu o modelo de promoção de saúde sustentado na teoria de aprendizagem de Albert Bandura “ que postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental” (Sakraida, 2004, p. 701). O seu modelo foi revisto e aperfeiçoado após análise de trabalhos de investigação (Sakraida, 2004).

Este modelo pressupõe que as pessoas interagem com o ambiente e, através da sua consciência reflexiva, regulam o seu comportamento no sentido que consideram positivo e assim exprimir o seu potencial de saúde (Sakraida, 2004).

Este modelo integra 3 fatores principais: características e experiências individuais; cognições e afetação do comportamento e resultado comportamental que, individualmente, se dividem em várias variáveis. Em relação às características e experiências individuais, subdivide-se em fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) e o comportamento anterior relacionado, ou

seja, a existência de comportamentos anteriores iguais ou semelhantes, influenciam a probabilidade de adotar comportamentos de promoção de saúde (Sakraida, 2004).

Os fatores cognitivos e preceptivos, identificados “(...) como principais determinantes do comportamento da saúde” (Sakraida, 2004, p. 704), são susceptíveis de mudança mediante as intervenções de enfermagem (Sakraida, 2004). Esses fatores são:

- os benefícios da ação percebidos, ou seja, as potenciais vantagens que decorrem pela adoção do comportamento de saúde. Se esses benefícios forem pessoalmente valorizados o compromisso com a ação será superior;
- as barreiras percebidas à ação, isto é, as potenciais dificuldades e sacrifícios pessoais, que podem inibir o comportamento de promoção de saúde;
- a auto-eficácia percebida ou seja a análise da capacidade individual para desenvolver comportamento de promoção de saúde. Maior auto-eficácia representa menos barreiras percebidas e maior compromisso com a ação;
- a atividade relacionada com a apresentação ou seja os sentimentos vivenciados. Sentimentos positivos aumentam a auto-eficácia percebida assim como aumentam a probabilidade de adopção de comportamentos de promoção de saúde;
- as influências (positivas ou negativas) interpessoais de família, pares ou profissionais de saúde;
- influências situacionais, isto é, a influência negativa ou positiva gerada pelo conhecimento de determinada situação ou contexto (Sakraida, 2004).

Todos estes fatores determinam o aumento ou diminuição do compromisso com o plano de ação, ou seja com as estratégias delimitadas para a implementação de um comportamento de saúde (Sakraida, 2004).

Nola Pender refere ainda que o comportamento de promoção de saúde, isto é “ resultado da ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos (...)” (Sakraida, 2004, p. 705) é influenciado também pela exigência e preferência de competição imediatas, ou seja, “as exigências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais o indivíduo tem um controlo reduzido (...) e as preferências de competição são comportamento alternativos sobre os quais os indivíduos exercem um controlo relativamente grande (...)” (Sakraida, 2004, p. 705). As exigências de competição que requerem uma atenção imediata e os comportamentos alternativos mais atraentes exercem uma influência negativa de adopção de comportamentos de promoção de saúde (Sakraida, 2004).

2. O PERCURSO FORMATIVO

O Mestrado em Enfermagem, ministrado em associação pela Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora e pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Portalegre, com duração de 3 semestres, 90 European Credit Transfer System [ECTS] tem como objetivos:

- “Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
 - Promover a melhoria da qualidade aos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
 - Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática linear.
 - Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”.
- (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, s.d., para.6).

O Mestrado em Enfermagem, com área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, frequentado contemplou 2 unidades curriculares de estágio: o estágio I que decorreu entre 14 de maio de 2018 a 22 de junho de 2018, com correspondência de 8 ECTS e o estágio final realizado entre 17 de setembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019 com correspondência de 24 ECTS. Nos estágios desenvolvemos atividades que promoveram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem e desenhámos e implementámos um projeto intervenção profissional no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Inerente ao estágio final, elaborámos um artigo científico, que contribuiu para fundamentarmos as intervenções, no âmbito do projeto, cuja questão de investigação, utilizando o método da mnemónica PICO (Craig & Smyth, 2004), foi: Quais os fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno? (apêndice I).

Assim, neste capítulo iremos abordar sumariamente a metodologia de trabalho de projeto; descrever o processo de creditação do estágio I; descrever resumidamente os diferentes contextos clínicos do estágio final, os objetivos específicos e atividades desenvolvidas no âmbito do projeto em cada local de estágio e realizamos uma análise reflexiva das competências comuns e específicas EEESIP e de mestre em enfermagem desenvolvidas.

2.1. Metodologia do trabalho de projeto

A metodologia de projeto é um plano de trabalho que tem por objetivo analisar problemas reais do contexto e implementar estratégias e intervenções que permitam a sua resolução, assemelhando-se assim à investigação-ação (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). É uma metodologia “promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010, p. 2).

Esta metodologia é envolta de autonomia, sendo constituída por 5 fases distintas e sequenciais: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação de resultados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010), numa dinâmica flexível, que se adapta e reorganiza sempre que necessário (Leite, Malpique, & Santos, 2001).

O diagnóstico de situação é um processo dinâmico e contínuo onde se identificam problemas (estado de saúde considerado deficiente) e necessidades (diferença entre o estado atual e o ideal) (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010), prevendo as repercussões que podem ter no estado das populações e determinar as causas e os fatores de risco (Tavares, 1990).

A identificação e elaboração de problemas constitui uma tarefa complexa. O problema deve ser passível de estudo, relevante para a prática e deve ser formulado de uma forma inequívoca (Almeida & Freire, 2007). Para a identificação e validação dos problemas existem vários instrumentos de diagnóstico como a observação, os questionários, a entrevista ou métodos de análise da situação (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Na etapa seguinte, definição de objetivos, descreve-se os resultados a alcançar e deve incluir objetivos gerais e específicos. Segundo Mão de Ferro (1999), os objetivos gerais traduzem as competências, conhecimentos e aptidões complexas e amplas que o formando pretende atingir e os objetivos específicos as mais elementares. Segundo Gouveia [s.d.] citado por Ferrito, Nunes, & Ruivo (2010, p. 19) os objetivos devem ser “claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido, realizáveis, mensuráveis em termos de quantidade, qualidade e duração”.

Na fase seguinte, de planeamento, são definidas as atividades a desenvolver, as estratégias e recurso a utilizar, os métodos e técnicas de pesquisa e o cronograma (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A próxima etapa é a execução e avaliação, ou seja, executar na prática tudo aquilo que foi anteriormente planeado. É um período onde ocorrem muitas aprendizagens e desenvolvimento de competências (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). A avaliação é um processo contínuo (Leite, Malpique, & Santos, 1993) e traduz a comparação entre os objetivos inicialmente definidos e os atingidos (Nogueira, 2005).

A última etapa é a divulgação dos resultados, consubstanciados no presente relatório final (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

2.2. Estágio I

Tendo em conta a experiência profissional, superior a uma década, em contexto de urgência pediátrica e o regulamento das atividades académicas e linhas orientadoras de avaliação de desempenho escolar dos estudantes do Instituto Politécnico de Setúbal [IPS], candidatámo-nos à acreditação da unidade curricular Estágio I, através do processo de reconhecimento e validação de competências do IPS (Regulamento nº 473, 2017).

Para tal, de acordo com o regulamento supracitado, e tendo em consideração que os objetivos do estágio se relacionam com o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem, elaborámos um portefólio de competências onde descrevemos e comprovámos as funções e atividades realizadas, assim como as formações frequentadas explicando como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas permitiram atingir os objetivos do estágio I.

Para além do portefólio de competências, na candidatura, enviada a 15 de novembro de 2017, dentro dos limites legalmente previstos, apresentámos o *curriculum vitae* em modelo europeu, uma carta de motivação, uma ficha com os dados pessoais e profissionais e o requerimento, dirigido ao Presidente do IPS (Regulamento nº 473, 2017).

O portefólio de competências foi avaliado por um júri de reconhecimento e validação de competências, designado para o efeito, que também realizou uma entrevista oral, a 2 de fevereiro de 2018, onde demonstrámos que a experiência profissional e a formação realizada permitiram atingir os objetivos do Estágio I.

O júri de reconhecimento e validação de competências deliberou a validação total dos 8 ECTS do Estágio I, a 2 de fevereiro de 2018, tendo sido ratificada pelo Conselho Científico da Escola Superior de Saúde a 7 de fevereiro de 2018. Fomos informados dessa decisão, através de carta registada a 28 de fevereiro de 2018.

Rentabilizámos o período em que decorreria o estágio I, entre 14 de maio de 2018 e 22 de junho de 2018, para iniciar a elaboração do enquadramento teórico, que constituiu o alicerce do projeto no estágio final.

2.3. Estágio final

O estágio final decorreu entre 17 de setembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019, com interrupção letiva de Natal entre 20 de dezembro de 2018 a 1 de janeiro de 2019, e foi realizado, tendo em conta as nossas preferências pessoais e de acordo com as orientações emanadas na ficha da unidade curricular estágio final, em 3 contextos diferentes: na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [UCEN], no Serviço de Pediatria Médica e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP].

2.3.1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

A escolha da UCEN como local de estágio prende-se não só pelo interesse pessoal pela neonatologia como também pelo desejo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área. Por outro lado, os primeiros dias de vida do RN são fulcrais para o sucesso do aleitamento materno (WHO, 2018) pelo que, tendo em conta o projeto, tornou-se pertinente o estágio nesta unidade.

Assim, tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos para o estágio na UCEN:

- Conhecer a assistência prestada ao RN e família neste serviço;
- Identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados ao RN e família.

Seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento da unidade;
- Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;
- Compreensão da articulação entre o serviço e outros recursos de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Reunião com enfermeiro chefe e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno;
- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;
- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação de cuidados ao RN;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária na área da neonatologia e do aleitamento materno;
- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP para a promoção do aleitamento materno.

O estágio na UCEN decorreu no período entre 17 de setembro de 2018 a 12 de outubro de 2018. As primeiras cinco atividades foram cumpridas na primeira semana de estágio, e as restantes ao longo de todo o estágio.

A unidade funciona ininterruptamente e tem capacidade para o internamento de oito RN, quatro em incubadora, estando uma reservada para situações de emergência, e quatro RN em berço. Se os RN internados não necessitarem de permanecer em incubadora, estas, à exceção da reservada para as emergências, são substituídas por berços.

A unidade possui, entre outros espaços, uma copa de leites, onde se armazenam e preparam o leite adaptado e o leite materno e uma sala denominada “sala dos pais” com cadeirões confortáveis

e equipamento, onde as mães podem extrair leite materno e onde os pais permanecem enquanto aguardam a passagem de turno dos enfermeiros, que é realizada junto dos RN.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, pediatras, assistentes operacionais, administrativas, psicóloga e assistente social. A equipa de enfermagem é constituída pelo enfermeiro chefe, especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, oito EEESIP, um especialista em enfermagem médico-cirúrgica e seis enfermeiros de cuidados gerais. Estão presentes três enfermeiros no turno da manhã e dois no turno da tarde e noite, desempenhando as suas funções sustentados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e recorrendo ao método individual como organização do trabalho.

Os RN internados na UCEN são provenientes do serviço de urgência ginecológica/obstétrica, do serviço de ginecologia e obstetrícia, da unidade de urgência pediátrica e de outros centros hospitalares e podem permanecer na unidade até completarem 28 dias de vida (idade corrigida), sendo transferidos para o serviço de pediatria médica se necessitarem de internamento mais prolongado.

Sempre que necessário, os RN são observados por outras especialidades médicas como cardiologia pediátrica e oftalmologia no próprio Centro Hospitalar, ou no caso de outras especialidades médicas em outros Centros Hospitalares.

Os pais podem permanecer na unidade no período compreendido entre as 9 e as 22h e os RN podem receber as visitas dos irmãos entre as 19h e as 20h e dos avós entre as 14h e as 17h.

Durante o período de estágio os RN internados eram essencialmente de alto risco, ou seja, RN que apresentam “maior morbilidade e mortalidade do que a média dos RN, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer, geralmente devido às condições ou circunstâncias sobre impostas pelo curso normal dos acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina” (Askin & Wilson, 2004, p. 332), sendo a prematuridade e a sépsis neonatal os motivos de internamento mais frequentes. O período de alto risco decorre desde o “(...) momento da viabilidade (...) até 28 dias após o nascimento e inclui ameaças à vida e à saúde que ocorrem durante os períodos pré, peri e pós-natal” (Askin & Wilson, 2004, p. 332). Foi necessário aprofundarmos conhecimentos na área da neonatologia, de forma a complementar as aprendizagens obtidas nas

unidades curriculares lecionadas ao longo do mestrado, permitindo elevar a qualidade dos cuidados prestados.

Para além de todos os cuidados inerentes à situação que determinou o internamento do RN na UCEN, também se realizam cuidados no âmbito da vigilância de saúde nomeadamente o rastreio auditivo neonatal, o rastreio das cardiopatias congénitas por oximetria de pulso e o teste de diagnóstico precoce, sendo estes dois últimos realizados pelos enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem prestados são centrados na família e os pais parceiros de cuidados numa aprendizagem crescente. As intervenções autónomas do EEESIP centram-se na adaptação à parentalidade, na promoção do aleitamento materno e nos cuidados de conforto. O EEESIP incentiva e negocia envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, promove a adaptação à parentalidade ensinando e instruindo os pais, treinando-os e apoiando-os nesse papel, com vista à sua total autonomia.

Foi notória a sensibilidade da equipa de enfermagem nos cuidados autónomos para o controlo da dor nos RN e para a promoção do conforto: o ruído ambiental diminuído; os cuidados ao RN agrupados de forma a promover os ciclos de sono-vigília; a alternância de posicionamento, mantendo o RN confortável, com recurso aos ninhos; a avaliação frequente da dor e a utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor durante procedimentos dolorosos, como a administração de sacarose a 24% na punção venosa.

No âmbito da promoção de saúde os enfermeiros da unidade têm um projeto onde realizam semanalmente sessões de educação para a saúde, dirigidas aos pais sobre várias temáticas nomeadamente sobre aleitamento materno, prevenção de acidentes, obstrução da via aérea, entre outros.

Tendo em vista a articulação com os cuidados de saúde primários, quando o RN é internado na unidade, o enfermeiro informa via e-mail a unidade de saúde familiar [USF] ou a UCSP, onde posteriormente irá realizar a sua vigilância de saúde, do seu internamento. Aquando da alta hospitalar, é realizada a nota de alta de enfermagem com toda a informação necessária, que é fornecida e anexada ao boletim individual de saúde [BIS] e também enviada por e-mail para a UCSP ou USF, garantindo assim uma continuidade de cuidados. Os enfermeiros realizam ainda uma visita

domiciliaria ao RN após a alta, idealmente em conjunto com os enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

A consulta das normas e procedimentos na primeira semana de estágio, revelou-se muito importante pois facilitou a integração na unidade e permitiu a uniformização da prestação de cuidados com os restantes elementos da equipa de enfermagem.

O Centro Hospitalar onde a UCEN está inserida promove e apoia o aleitamento materno, é acreditado como Hospital Amigo dos Bebés. Esta acreditação tem a duração de três anos, findo os quais é necessário ser reavaliado pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés que certifica o cumprimento das dez medidas para o sucesso do aleitamento materno (UNICEF, 2017).

Estas medidas sustentam-se na evidência científica, ou seja, os resultados das investigações realizadas concluem que cada uma das medidas contribuiu para o sucesso do aleitamento materno e que os hospitais creditados como Amigo dos Bebés apresentam taxas de aleitamento superiores ao que não são creditados (WHO , 2018).

Constituem os dez passos para o sucesso do aleitamento materno:

- “1. a. Cumprir com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno;
 - b. Ter uma política de alimentação infantil afixada que seja regularmente comunicada aos funcionários e pais;
 - c. Estabelecer sistemas contínuos de monitorização e gestão de dados;
2. Garantir que os profissionais de saúde tenham conhecimentos, competências e habilidades suficientes para apoiar a amamentação;
3. Informar sobre a importância e a prática da amamentação às mulheres grávidas e suas famílias;
4. Facilitar o contato imediato e ininterrupto pele a pele e ajudar as mães a iniciar amamentação o mais cedo possível após o nascimento;
5. Apoiar as mães para iniciar, manter a amamentação e superar as dificuldades comuns;
6. Não fornecer aos recém-nascidos alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que clinicamente indicado;
7. Permitir que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia;
8. Apoiar as mães a reconhecer e responder aos pedidos de alimentação dos seus filhos.
9. Informar as mães sobre os riscos do uso de biberão, bicos artificiais e chupetas.

10. Organizar a alta para que os pais e seus filhos tenham acesso oportuno a apoio e continuação dos cuidados”¹. (WHO , 2018, p. 15)

Na UCEN a informação que o Centro Hospitalar é creditado como Amigo dos Bebés, assim como os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, estão expostos no corredor da unidade.

A hospitalização constitui sempre um período de stress não só para o RN como para a sua família, que pode vivenciar sentimentos de medo e ansiedade em relação à saúde do RN (Sanderes, 2014). Tendo em consideração que o stress pode condicionar negativamente o reflexo da ocitocina (Truchet & Honvo-Houéto, 2017), é de fulcral importância o suporte e apoio prestado pelos enfermeiros. Todos os elementos da equipa de enfermagem realizaram a formação “Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno” ministrado por profissionais credenciados do próprio Centro Hospitalar. Esta formação revela-se uma mais valia para o sucesso do aleitamento materno uma vez que o suporte emocional e o apoio concreto prestado pelos enfermeiros com esta formação é mais eficaz (Miranda, Zangão, & Risso, 2017).

As intervenções do EEESIP para a promoção do aleitamento materno vão ao encontro de algumas das medidas referidas para a acreditação como Hospital Amigo dos Bebés. O EEESIP incentiva a amamentação, ensina sobre a importância e vantagens do aleitamento materno, sobre os sinais de fome e saciedade do RN, sobre como amamentar e manter a amamentação, sobre

¹ Critical management procedures

1. a. Comply fully with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and relevant World Health Assembly resolutions.

b. Have a written infant feeding policy that is routinely communicated to staff and parents. c. Establish ongoing monitoring and data-management systems.

2. Ensure that staff have sufficient knowledge, competence and skills to support breastfeeding.

Key clinical practices

3. Discuss the importance and management of breastfeeding with pregnant women and their families.

4. Facilitate immediate and uninterrupted skin-to-skin contact and support mothers to initiate breastfeeding as soon as possible after birth.

5. Support mothers to initiate and maintain breastfeeding and manage common difficulties.

6. Do not provide breastfed newborns any food or fluids other than breast milk, unless medically indicated.

7. Enable mothers and their infants to remain together and to practise rooming-in 24 hours a day.

8. Support mothers to recognize and respond to their infants' cues for feeding.

9. Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats and pacifiers.

10. Coordinate discharge so that parents and their infants have timely access to ongoing support and care.

WHO. (2018). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE*. Geneva: Penny Howes. Obtido em 2 de fevereiro de 2019, de <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>

como prevenir complicações e assiste a mãe a amamentar, ajudando-a a ultrapassar dificuldades como a dificuldade na pega adequada.

Apesar de durante o período noturno as mães, por limitações estruturais, não poderem permanecer na unidade ou sempre que as mães não possam estar junto dos seus filhos no período diurno, o EEESIP incentiva e instrui as mães a extrair o leite, idealmente com a frequência com que o RN mamaria, para posteriormente ser fornecido ao RN e fornece suporte escrito dos ensinamentos realizados assim como fornece os biberões para armazenamento do leite materno, tal como preconizado pela norma interna e orientação DGS (2013a). Para as mães que permanecerem internadas no serviço de ginecologia e obstétrica, existe uma articulação entre os serviços, e sempre que a condição clínica da mãe o permita, vai à UCEN e permanece junto do seu filho.

Na unidade os processos dos RN estão informatizados utilizando o programa SClinico®, que utiliza linguagem CIPE, e o foco amamentar é sempre identificado no processo de enfermagem de todos os RN, cumprindo todas as suas etapas e efetuados os respetivos registos, permitindo assim a continuidade dos cuidados.

No âmbito do projeto, na primeira semana de estágio reunimo-nos com enfermeiro chefe e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno. Foi-nos sugerido pelo enfermeiro chefe, dado a inexistência de suporte escritos sobre aleitamento materno, a realização de vários folhetos tamanho A5, que depois de plastificados, seriam colocados na sala dos pais para leitura. O conteúdo dos folhetos, tendo como sustentáculo o modelo de promoção de saúde de Nola Pender e os resultados obtidos no artigo científico que elaboramos, tem como objetivo aumentar a literacia sobre as vantagens do aleitamento materno (benefícios da ação), como superar algumas dificuldades e evitar complicações (barreiras à ação).

Os folhetos foram elaborados na segunda semana de estágio, tendo sido necessário efetuar pesquisa bibliográfica de forma a complementar a informação do enquadramento teórico sobre aleitamento materno anteriormente realizada e, no início da terceira semana entregues ao enfermeiro chefe, EEESIP orientador e orientador pedagógico para análise crítica e sugestões de melhoria. Este constitui um momento de análises, reflexão e aprendizagem extremamente importante. Os folhetos foram alterados conforme sugerido (apêndice II) e entregues em formato digital *Word* na última semana de estágio ao enfermeiro chefe e seguiram os procedimentos

institucionais no que concerne à imagem e comunicação. Na última semana de estágio também foram divulgados os folhetos pela equipa de enfermagem, revelando-se esta satisfeita com o resultado final.

Decorrente da prestação de cuidados a análise e das competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre desenvolvidas ao longo de todo o estágio final, nos diferentes locais de estágio, serão explanadas numa secção à posteriori.

2.3.2. Serviço de Pediatria Médica

O serviço de Pediatria Médica foi outro local escolhido para a realização do estágio, tendo em conta que a experiência profissional é limitada ao contexto de urgência pediátrica, permitindo assim conhecer o circuito da criança/família na instituição e a continuidade de cuidados. Este serviço pertence ao mesmo Centro Hospitalar do estágio anterior, portanto certificado como Hospital Amigo dos Bebés.

Assim, tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos para o estágio no Serviço de Pediatria Médica:

- Conhecer a assistência prestada à criança e família neste serviço;
- Identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno.
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e família.

De igual forma ao estágio anterior, seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento do serviço;
- Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;
- Compreensão da articulação entre o serviço e outros recursos de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Reunião com enfermeiro chefe e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno;
- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;

- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação cuidados de enfermagem à criança e família;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária sobre aleitamento materno e patologia médica e cirúrgica pediátrica;
- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP, para a promoção do aleitamento materno.

Este estágio decorreu no período entre 15 de outubro de 2018 a 9 de novembro de 2018. As primeiras cinco atividades foram cumpridas na primeira semana de estágio, e as restantes ao longo de todo o estágio.

O serviço funciona ininterruptamente e tem capacidade para o internamento de vinte e duas crianças/jovens, seis da área cirúrgica em quarto duplo, seja cirurgia geral, estomatologia, ortopedia ou otorrinolaringologia em regime de internamento ou ambulatório e dezasseis da área médica em quartos individuais ou duplos. Os quartos individuais são reservados para as crianças cuja situação de doença necessita de isolamento ou para os adolescentes, promovendo assim a sua privacidade.

As crianças internadas no serviço de pediatria médica tem idade compreendida entre os zero e os dezassete anos, são provenientes da unidade de urgência pediátrica, de outros centros hospitalares, da UCEN ou do domicílio. Podem estar acompanhadas por duas pessoas significativas entre as 9h e as 22h, por uma entre as 22h e as 9h, ter duas visitas entre as 17h-18h e receber a visita dos irmãos entre as 18h e as 20h.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, pediatras, cirurgiões pediátricos, assistentes operacionais, administrativa, psicóloga, assistente social, educadora de infância e professora primária. Da equipa de enfermagem cinco elementos são EEESIP, incluindo o enfermeiro chefe. Relativamente aos rácios por turno, estão três ou quatro enfermeiros no turno da manhã e três no turno da tarde e dois no turno da noite, desempenhando as suas funções sustentadas no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e recorrendo ao método individual como organização do trabalho.

Sempre que necessário, a criança é avaliada por outras especialidades médicas como oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, ortopedia, cardiologia pediátrica no próprio Centro Hospitalar ou no caso de outras especialidades médicas, noutros Centros Hospitalares.

Nas crianças com diabetes mellitus tipo I, no primeiro internamento, aquando do diagnóstico, a equipa de enfermagem informa o EEESIP que exerce funções na consulta externa, e onde posteriormente as crianças são seguidas, e este dirige-se ao serviço de pediatria médica para conhecer a criança e família.

O serviço possui, entre outros espaços essenciais para o seu correto funcionamento, o Hospital Dia que funciona todos os dias úteis das 9h-18h, e uma zona lúdica que tem o apoio de uma educadora de infância e de uma professora primária nos dias úteis entre as 9h e as 17h.

O Hospital Dia constitui um recurso muito importante que possibilita a maximização da saúde da criança e simultaneamente, em determinadas situações, diminuir o tempo de internamento. Neste setor, dependendo da situação clínica, realiza-se, pela equipa médica ou de enfermagem, e com agendamento prévio, a reavaliação de algumas crianças que estiveram internadas no serviço de pediatria médica ou que recorreram ao serviço de urgência pediátrica. No Hospital Dia podem ser solicitados exames complementares como RX, análises de sangue ou de urina e administrada terapêutica, entre outros procedimentos.

A hospitalização constitui um momento de stress e de alteração das rotinas para a criança e família. De forma a minimizar o impacto negativo da hospitalização, o serviço promoveu algumas estratégias: permite trazer objetos pessoais da criança como roupa e brinquedos; permite a presença de uma pessoa significativa durante o período noturno e duas durante o período diurno; permite a visita dos irmãos; dotou todos os quartos com televisão com canais exclusivos de desenhos animados e criou uma zona lúdica onde as crianças podem brincar. Brincar é uma atividade basilar para o saudável desenvolvimento infantil (OE , 2010), sendo promovida pela equipa de enfermagem durante o internamento.

Não obstante, foi notório a sensibilidade do EEESIP em realizar intervenções promotoras do conforto da criança não só emocional como físico. Promove a manutenção das rotinas da criança durante o internamento; os períodos de sono e repouso tanto noturno, como diurno para as crianças mais pequenas; minimiza a separação dos pais; durante os procedimentos dolorosos como a colheita de sangue utiliza estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor; avalia regularmente a dor na criança com recurso a instrumentos adequados a cada faixa etária e age em conformidade; envolve e negocia, sustentados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, com pais os cuidados à criança.

O alvo dos cuidados de enfermagem é também a família da criança, nomeadamente os pais, que são as pessoas significativas que mais frequentemente acompanham as crianças durante o internamento, sendo as intervenções autónomas do EEESIP promotoras da adaptação à parentalidade durante a hospitalização.

Assim, como no estágio realizado na UCEN, a consulta das normas e procedimentos na primeira semana de estágio, constituiu uma mais valia, facilitando a integração na unidade e a uniformização da prestação de cuidados com os restantes elementos da equipa de enfermagem.

Durante o período de estágio realizado no serviço de pediatria médica as crianças encontravam-se internadas por motivos de cirurgia, essencialmente de ambulatório, do foro ortopédico e de cirurgia geral ou por patologia respiratória, gastrointestinal, geniturinária e endócrina.

Ao longo deste estágio nenhuma das crianças internadas era amamentada, pelo que foi impossível observar as estratégias de promoção do aleitamento materno pelo EEESIP. No entanto, o EEESIP orientador relatou que é sensível a este foco e que incentiva as mães a manter a amamentação durante o período de internamento, e a extrair e conservar o leite materno sempre que não possa estar junto do seu filho.

Relativamente ao projeto, realizamos na primeira semana de estágio, uma reunião com enfermeiro chefe e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno. No âmbito da formação em serviço, em resultado do questionário de diagnóstico de necessidades previamente aplicado aos enfermeiros, o aleitamento materno surgiu como uma das temáticas identificadas, constituindo assim o diagnóstico de situação.

Tendo em conta, segundo o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, que os profissionais de saúde influenciam a adesão a comportamentos de promoção de saúde, definimos como atividade para dar resposta ao diagnóstico de situação, realizar uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem para atualizar e consolidar conhecimentos. Delineámos em conjunto com Enfermeiro chefe e o EEESIP orientador o plano da ação de formação (apêndice III) e os conteúdos programáticos tiveram também em consideração os resultados obtidos no artigo de revisão da literatura que realizámos.

Na segunda semana de estágio elaborámos a ação de formação (apêndice IV) e validámos a mesma com o enfermeiro chefe, EEESIP orientador e orientador pedagógico no início da terceira semana de estágio. A ação de formação, denominada “Boas práticas em aleitamento materno”, foi realizada na última semana de estágio, em contexto da formação em serviço. Para avaliação da ação utilizamos o questionário institucional de avaliação pelo formando que contempla parâmetros de avaliação da ação e do formador, para classificação numa escala de 1 a 4: 1- insuficiente; 2 suficiente; 3-bom; 4 muito bom. Para avaliação das aprendizagens, aplicámos um questionário de avaliação de conhecimentos (apêndice V). Perante os resultados obtidos no questionário de avaliação de conhecimentos (apêndice VI) e no questionário de avaliação da ação (apêndice VII) podemos concluir que o nosso desempenho enquanto formadores revelou-se, de uma forma geral, muito bom e que os conteúdos transmitidos foram assimilados pelos formandos.

2.3.3. Unidade de Cuidado de Saúde Personalizados

O percurso profissional, e também o início deste percurso formativo, incidiu nos contextos de doença. Assim, considerámos pertinente que o estágio de maior duração (oito semanas) fosse realizado nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na UCSP, onde o foco é a vigilância e promoção de saúde e avaliação do desenvolvimento, com o intuito de completar a nossa experiência e desenvolver competências nesta área. Tivemos também oportunidade, de durante três turnos, acompanhar o EEESIP que exerce funções na Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], o que constituiu uma mais valia para compreendermos o papel no EEESIP na comunidade.

Tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos para o estágio na UCSP:

- Conhecer a assistência prestada à criança e família neste serviço;
- Identificar as necessidades da unidade no que concerne à promoção do aleitamento materno;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e família ao nível dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil;

Seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a darmos resposta aos objetivos definidos, planeamos e executamos as seguintes atividades:

- Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento da unidade;
- Compreensão da articulação entre o serviço e outros recursos de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Reunião com enfermeiro coordenador da unidade e EEESIP orientador para identificar as necessidades do serviço no que concerne à promoção do aleitamento materno;
- Operacionalizar estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas;
- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação cuidados de enfermagem à criança e família nas atividades de vigilância de saúde infantil;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária na área do aleitamento materno e desenvolvimento infantil;
- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP para a promoção do aleitamento materno.

O estágio na UCSP decorreu no período entre 12 de novembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019, com interrupção para pausa letiva entre 20 de dezembro a 1 de janeiro. As primeiras quatro atividades foram cumpridas nas primeiras duas semanas e as restantes ao longo de todo o estágio.

A UCSP tem “como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2011, p. 7), sendo a equipa constituída por médicos, enfermeiros e administrativos. A cada Agrupamentos de Centro de Saúde [ACES] estão alocados técnicos do serviço social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas e psicólogos (Ministério da Saúde, 2011), existindo, sempre que necessário, articulação entre a UCSP e as outras unidades funcionais.

No âmbito da saúde infantil, a UCSP cumpre o programa nacional de saúde infantil e juvenil [PNSIJ] e o programa nacional de vacinação [PNV]. A equipa de enfermagem que dá resposta a estes programas é constituída por seis elementos, sendo três EEESIP, dois dos quais também conselheiros em aleitamento materno. Para o cumprimento do PNV são designados dois enfermeiros e os restantes quatro realizam as consultas de enfermagem. Apesar de não ser diária, sempre que necessário, existe rotatividade dos enfermeiros por estes dois setores. A equipa organiza-se pelo método individual de trabalho, sustentada na filosofia dos cuidados centrados na família.

O módulo da saúde infantil é composto pela sala de vacinação, gabinetes médicos e de enfermagem, sala de espera e sala de amamentação, um espaço reservado onde as mães podem amamentar enquanto aguardam pelas consultas, preservando a sua privacidade. Os processos clínicos das crianças são informatizados e é utilizado o programa o Sclínco®.

A vigilância da saúde infantil e juvenil, no âmbito do PNSIJ, tem como meta a obtenção de ganhos em saúde nesta população e incide em: avaliar o crescimento e o desenvolvimento; estimular a opção por comportamentos promotores de saúde; detetar precocemente e encaminhar problemas suscetíveis de afetar a vida ou qualidade de vida da criança; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e assegurar a realização de aconselhamento genético; identificar, apoiar e orientar a criança e família vítima de maus tratos e de violência; promover o desenvolvimento da criança e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (DGS, 2013b).

Desenvolvemos as consultas de enfermagem num ambiente calmo, empático e individualizado, alicerçados na filosofia de cuidados centrados na família, com realce nas interações e processos comunicacionais, realizando intervenções nos seguintes “domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação e negociação dos cuidados” (OE, 2017, p. 4).

A primeira consulta de enfermagem (e idealmente coincidente com a primeira consulta médica) realiza-se, salvo algumas exceções, na primeira semana de vida do RN. Nesta consulta, além da colheita de dados inicial e dos parâmetros a avaliar preconizados pelo PNSIJ, registamos num instrumento próprio em papel, as informações da colheita de dados sobre a avaliação familiar e a avaliação inicial do RN. É também nesta consulta que realizamos o teste de diagnóstico precoce, vulgarmente conhecido como teste do pezinho, que é um teste de rastreio de doenças metabólicas. É idealmente realizado entre o 3º (após 48h do início da alimentação) e o 6º dia de vida, através de uma pequena colheita de sangue por punção do calcanhar do RN (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, s.d.). A amamentação constituiu uma das estratégias não farmacológica, que mais utilizamos, para alívio da dor durante a punção.

No primeiro mês de vida as consultas de enfermagem realizam-se semanalmente essencialmente para avaliação do crescimento ponderal, adaptação à parentalidade, incentivo e apoio à amamentação.

As consultas seguintes são realizadas nas idades chaves preconizadas pelo PNSIJ, e antecedem no dia, a consulta médica. Os parâmetros a avaliar divergem um pouco conforme cada idade chave, no entanto existem parâmetros que são sempre avaliados em todas as consultas como: as preocupações dos pais ou do próprio; intercorrências desde a consulta anterior; frequência e adaptação ao meio escolar; hábitos alimentares, práticas desportivas ou culturais; dinâmica do crescimento e desenvolvimento, com realce para as curvas de desenvolvimento, os aspetos do desenvolvimento psicossocial e cumprimento do plano nacional de vacinação (DGS, 2013b). Dado o aumento dos movimentos antivacinais, é de extrema importância elucidarmos e promovermos o reincentivo do cumprimento do plano nacional de vacinação, e atualizá-lo em cada consulta (DGS, 2013b). No entanto, sempre que necessário, são marcadas consultas de enfermagem fora das idades chaves preconizadas.

Para a avaliação do desenvolvimento, entre os 0 e os 5 anos, utilizamos a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, disponível no programa informático Sclinico®. É uma escala de aplicação rápida, precisa e fiável que avalia áreas como a postura e motricidade global; a visão e a motricidade fina; a audição e linguagem; comportamento e adaptação social (OE, 2010).

Durante as consultas também avaliamos a dinâmica familiar e à rede de suporte sociofamiliar (DGS, 2013). Segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, através da avaliação familiar, identificamos as necessidades, forças e recursos da família. Segundo este modelo, a avaliação familiar divide-se em 3 dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Na dimensão estrutural avalia-se a composição da família e o vínculo entre os membros, tipo de família, o rendimento familiar, o edifício residencial, precaução de segurança, o abastecimento de água e a existência de animal doméstico e cuidados com este. Na dimensão de desenvolvimento avalia-se a satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental, e na dimensão funcional o papel de prestadores de cuidados e o processo familiar (Figueiredo, 2012). Esta avaliação permite, entre outras questões, identificar fatores de risco, de proteção, de agravamento ou crises de vida na criança/jovem e família que influenciam o risco de maus tratos, permitindo a sua sinalização precoce (DGS, 2011).

Em todas as consultas verificamos a existência de sinais e sintomas que possam indicar qualquer tipo de mau trato (DGS, 2013b). “Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (DGS, 2011, p. 7) e

podem ser classificados em várias tipologias de maus tratos: negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por Procuração. (DGS, 2011). Durante o estágio sinalizámos uma criança para o Núcleo de Apoio à Criança Jovem em Risco [NACJR], por uma situação que se enquadrava na tipologia de maus tratos por negligência.

Ao longo das consultas também avaliamos se as crianças até aos 6 anos apresentam critérios de elegibilidade para referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI], ou seja, crianças que apresentem determinadas alterações na função ou estrutura do corpo ou com risco de atraso no desenvolvimento (DGS, 2016a).

Na consulta de enfermagem para além de avaliarmos todos os parâmetros supracitados, as intervenções que realizámos, focaram-se no ensino aos pais dos cuidados antecipatórios que promovem o desenvolvimento infantil e a adoção de comportamento de promoção de saúde específicas para cada idade como alimentação saudável; hábitos de higiene, de higiene oral e de sono; atividades promotoras do desenvolvimento infantil; estilos de vida saudáveis; prevenção de acidentes e promoção da segurança, entre outras (DGS, 2013b).

Para uma correta avaliação da criança e família durante as consultas, foi fulcral aprofundarmos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, e hábitos de vida saudável adaptados a cada faixa etária, pois só assim conseguimos identificar alterações que podem inferir na vida e qualidade de vida da criança e desenvolver intervenções eficazes para promover o desenvolvimento salutar da criança e das competências parentais.

Em relação à articulação da UCSP com outros recursos de saúde, nomeadamente com o centro hospitalar da área abrangente, observamos que a UCSP recebe as notícias de nascimentos dos RN emitidas pelo centro hospitalar, e os enfermeiros adstritos à consulta de saúde infantil verificam se o RN já realizou a sua primeira consulta e, em caso negativo, contactam a família no sentido de compreender o motivo da falta. Também observámos que, quando a avaliação da situação da criança exige maior diferenciação médica, o médico que a acompanha, referencia-a para a consulta de pediatria do centro hospitalar.

No âmbito da promoção do aleitamento materno verificámos que o EEESIP é bastante sensível a este foco e que as suas intervenções, principalmente nas primeiras consultas do primeiro mês de vida, incidem em intervenção de enfermagem direcionadas para o incentivo e apoio à

amamentação. Na primeira consulta de enfermagem o EEESIP avalia o RN a mamar (adaptação do RN à mama, sucção, posição do RN), avalia a mama e os conhecimentos da família; realiza os ensinamentos adequados a cada situação; apoia as mães a superar as dificuldades e, se necessário, marca nova consulta de enfermagem, fora das datas preconizadas, anteriormente referidas.

Relativamente ao projeto profissional, observámos que os registos sobre o foco amamentar eram incompletos e não uniformes o que dificultava a continuidade de cuidados. Na reunião com o EEESIP orientador e com o enfermeiro coordenador, que realizamos na segunda semana de estágio, sugerimos a realização de uma norma de procedimento de enfermagem com o objetivo de uniformizar os registos e os ensinamentos sobre o foco amamentar durante as consultas de enfermagem e a sua apresentação à equipa de enfermagem da área da saúde infantil. Dado a inexistência de norma de procedimento de enfermagem na UCSP, a nossa sugestão foi aceite com agrado, uma vez que as normas contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados. Foi-nos também sugerido a realização de folhetos e de um poster para ser colocado na sala de amamentação. Durante as três semanas seguintes, executamos as atividades que nos propomos desenvolver. Tendo em conta o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, a realização da norma e a sua apresentação, permite ampliar os conhecimentos da equipa de enfermagem e consequentemente constituírem uma influência positiva para a adoção de comportamento de promoção de saúde, nomeadamente a manutenção do aleitamento materno. Não obstante, o próprio conteúdo da norma, inclui intervenções de enfermagem que podem ter uma influência positiva sobre os fatores que Nola Pender refere que determinam a adoção de comportamentos de promoção de saúde, como os “benefícios da ação percebidos”, através do ensino das vantagens do aleitamento materno e as “barreiras percebidas à ação”, pelo ensino da prevenção da maceração do mamilo ou mastite.

A norma, folhetos e poster foi entregue ao enfermeiro coordenador, EEESIP orientador e orientadora pedagógica para análise crítica e sugestões de melhoria, no início da sexta semana. Mais uma vez, esta fase é de extrema importância, pois permite uma reflexão sobre o trabalho realizado e elevação da sua qualidade.

Durante a sétima semana de estágio reformulamos a norma, que inclui os folhetos (apêndice VIII) e o poster (apêndice IX), de acordo com as alterações sugeridas pelo enfermeiro coordenador, EEESIP orientador e orientadora pedagógica, tendo sido entregue em formato *word* e *pdf* na última semana de estágio. Também nesta semana validámos com a EEESIP orientador o plano da ação de formação (apêndice X) e preparámos a mesma.

Na última semana de estágio, em contexto de formação em serviço, apresentámos a ação (apêndice XI), e dado a inexistência de questionário institucional de avaliação da ação, elaboramos um questionário com escala tipo Likert (apêndice XII), cujos resultados foram excelentes (apêndice XIII). A equipa mostrou-se satisfeita com a ação e motivada para elaborar novas normas de procedimento.

Tal como já referimos anteriormente, durante este estágio, tivemos oportunidade, de acompanhar durante três turnos o EEESIP que exerce funções na UCC. A UCC tem como missão

“Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (...) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde (...)” (Despacho n.º 10143, p. 15438)

Nesta UCC o EEESIP implementou um projeto de promoção de saúde, um curso de massagem infantil para pais e bebés, realizado semanalmente e com duração de quatro semanas. A massagem é uma terapia bastante benéfica para a criança e família permite desenvolver a interação entre a criança e os pais, promove a vinculação e o relaxamento da criança; assim como estimula o sistema vestibular, nervoso, respiratório, circulatório e digestivo e contribui para o alívio das cólicas e obstipação (Associação Portuguesa de Massagem Infantil, s.d.).

O EEESIP também integra a equipa pluridisciplinar do NACJR, da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ] e da equipa local de intervenção, no âmbito do SNIPI.

O EEESIP, como elemento da NACRJ, está motivado, capacitado e dotado de saberes que lhe permite prestar consultadoria a outros profissionais de saúde no que concerne à sinalização e encaminhamento dos casos, e acompanhar situações de crianças e jovens em risco sinalizadas (DGS, 2016b), recorrendo se necessário a visitas domiciliária e, quando responsável por elas elabora, monitoriza e avalia o plano de intervenção e apoio à família, em consenso com os pais (DGS, 2011), que pode envolver a intervenção de outros profissionais. Quando as intervenções do plano de intervenção e apoio à família da NACRJ não são suficientes para remover o perigo, então situação da criança é encaminhada para a CPCJ (DGS, 2011).

As CPCJ “são instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança,

saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral” (Despacho n.º 31292, 2008, p. 49219), dependendo a sua intervenção do consentimento dos pais, ou representantes legais e da não oposição da criança se a sua idade for igual ou superior a 12 anos (Despacho n.º 31292, 2008). Se não existir consentimento, caso exista situação de perigo, o caso é remetido para Tribunal. A CPCJ avalia a situação da criança sinalizada e, se necessário, delibera e executa medidas de promoção e proteção da criança. Essas medidas podem ser: “apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea; apoio para a autonomia de vida; acolhimento familiar; acolhimento em instituição; confiança a pessoa selecionada para a adoção ou a instituição com vista a futura adoção” (Lei n.º 147, 1999, p. 15).

O SNIPI “tem a missão de garantir a intervenção precoce na infância, entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (DGS, 2016b, para.3). A intervenção precoce nestas crianças permite o desenvolvimento das suas capacidades humanas e sua capacitação para a participação autónoma na vida social (DGS, 2016a).

As equipas locais de intervenção, que o EEESIP integra, entre outras funções, identificam as criança e famílias elegíveis e elaboram e executam o plano individual de intervenção precoce, onde consta, entre outros elementos, “medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições” (Decreto-Lei n.º 281, 2009, p. 7300).

2.4. Análise Reflexiva das Competências Desenvolvidas

A análise reflexiva das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica desenvolvidas, assim como as de mestre em enfermagem, a seguir explanadas, tem como base a legislação em vigor, respetivamente o Regulamento nº 140/2019, Regulamento nº 422/2018 e o Decreto-Lei nº 63/2016.

2.4.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Ao longo do estágio final a prestação de cuidados teve como alicerce os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da justiça e do respeito pela autonomia (Mendes, 2009) e a deontologia profissional uma vez que, segundo Sousa citado por Morgado *et al* (2014) a tomada de decisão ética aumenta a qualidade dos cuidados de enfermagem e “a deontologia garante um bom exercício profissional (...)” (Nunes, 2011, p. 1).

Na prática diária foi consistente o princípio da beneficência, ou seja, agimos para o benefício da criança (Loch, 2002), no seu superior interesse e também respeitando a sua autonomia, de acordo com o seu desenvolvimento e a dos pais.

De acordo com a Deontologia Profissional do Enfermeiro, a nossa atividade foi orientada pelos princípios da responsabilidade, do respeito pelos direitos humanos, direito ao cuidado, direito à vida e qualidade de vida, do respeito pela intimidade, do respeito da pessoa em fim de vida, e pela excelência do exercício, dos deveres de informação e de sigilo, da humanização dos cuidados e salvaguarda dos direitos das crianças (Lei nº 156, 2015).

Em todos os serviços, os processos da criança estão informatizados e é utilizado o programa Sclínco®. O registo de todas as avaliações e intervenções realizadas ao longo do turno ou na consulta permite responsabilizar-nos pelos cuidados prestados e garantir a continuidade dos cuidados.

Todos os locais de estágio enquadram-se na mesma área geográfica, onde residem pessoas de várias nacionalidades, com contextos socioculturais, étnicos e económicos diferentes. No entanto, a prestação de cuidados foi equitativa e sem discriminação, respeitando a intimidade de cada criança/família.

Na gestão dos cuidados tivemos sempre a preocupação de estabelecer prioridades e prestar todos os cuidados em tempo útil, evitando os atrasos. Sempre que a criança ou família apresentavam problemas que não se enquadravam na nossa área de competência, encaminhamos para os profissionais adequados. Relembramos uma jovem mãe que solicitou apoio na consulta de enfermagem da UCSP porque apresentava uma mastite. Após a realização de ensinamentos e de remarcação de consulta de enfermagem, encaminhamos a jovem mãe para o médico, para prescrição de terapêutica adequada.

Em relação aos deveres de informação, na UCEN, uma vez que os pais não permanecem sempre junto dos seus filhos, quando estes chegavam transmitíamos toda a informação sobre o estado do RN, quais os cuidados já prestados e quais os que ainda é necessário realizar e se os pais os queriam realizar. O dever do sigilo também foi sempre cumprido, tendo o cuidado com a segurança dos sistemas informáticos, uma vez que o programa Sclínco® não fecha automaticamente, tivemos sempre o cuidado de encerrar a nossa sessão após o término dos registos.

A intimidade e privacidade são direitos das crianças e famílias que protegemos durante a prestação de cuidados. Nem sempre as estruturas físicas dos serviços de internamento facilitam esta intervenção. Na UCEN, os RN estão inseridos no mesmo espaço que inclui também a área de trabalho da equipa de enfermagem. No entanto, aquando da passagem de turno solicitamos aos pais para saírem e aguardarem na sala de pais, salvaguardando assim a privacidade da informação transmitida entre pares. A sala de pais também é utilizada quando é necessário preservar a intimidade da mãe, por exemplo durante a extração de leite materno. Na UCSP é mais fácil garantir estes direitos uma vez que as consultas são realizadas em gabinete próprio com a porta fechada.

A prestação de cuidados à criança não é isenta de riscos (Rosa & Menezes, 2015). A segurança da criança é um aspeto primordial a valorar na qualidade em saúde (Ramos & Trindade, 2011), representando uma diminuição dos riscos aquando da prestação de cuidados, (Souza, Tomazoni, Rocha, Cabral, & Souza, 2015). A criança, pelas suas características peculiares, dados os diversos estádios de desenvolvimento (Alves & Guirardello, 2016), tornam-se mais vulneráveis a falhas na segurança e consequentemente efeitos adversos (Silva, Pedrosa, Leça, & Silva, 2016).

De forma a garantir a segurança da criança no serviço de pediatria médica lembrávamos frequentemente os pais para manterem a grade da cama elevada e na UCSP para permanecerem sempre junto da criança quando esta se encontrava em cima da maca e assim prevenir quedas

acidentais. Ainda relativamente à segurança, garantimos que a porta dos serviços permaneça sempre fechadas, o que permite um controlo total de quem entra ou sai do serviço. Também garantimos a correta identificação das crianças internadas, quer pela colocação de pulseiras de identificação, quer pela identificação da unidade.

B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A governação clínica traduz “(...) uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde” (Santos & Sá, 2016, p. 606), não só pela responsabilização dos profissionais pela qualidade, análise e verificação dos cuidados que prestam como na procura de soluções para os problemas identificados (Ferreira, 2016). Assim, o foco de atenção é a saúde e o bem estar da criança, numa cultura orientada para os resultados, ou seja, para os ganhos em saúde, onde é fulcral o envolvimento de todos os profissionais (Santos & Sá, 2016). Da excelência do exercício profissional, refletimos e analisamos as nossas práticas, com o intuito de identificar eventuais falhas que careçam de mudança de comportamentos (Lei nº 156, 2015).

Ao longo do estágio tivemos sempre como alicerce as diretrizes dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017). A título exemplificativo no âmbito da promoção de saúde, principalmente na UCSP deparamo-nos com varias situações de excesso de peso ou obesidade, avaliamos “os conhecimento e comportamentos da criança/jovem relativo à saúde” (OE, 2017, p. 6), trabalhamos “com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2017, p. 6) e em todas as consultas “fornecemos informações orientadoras dos cuidados antecipatórios, dirigidas às famílias, para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (OE, 2017). Também cumprimos com as orientações emanadas nos guias orientadores de boas práticas, da ordem dos enfermeiros, como a avaliação, com recurso a escalas adequadas a cada faixa etária, registo e reavaliação da dor na UCEN e no serviço de pediatria médica a todas as crianças e na utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor como a admistração de sacarose a 24% a RN aquando da punção venosa e o aleitamento materno durante a punção do calcanhar (DGS, 2012).

Na UCSP, não existem normas de procedimento em enfermagem. As normas são instrumentos assentes em evidência científica que apoiam os profissionais permitindo um acesso fácil à informação numa determinada área (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007). Elas também permitem a melhoria de resultados, o aumento da eficiência e a minimização dos riscos contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados (Coelho, [S.D]). Por isso, revelou-se pertinente, no âmbito do projeto, realizar a norma de procedimento em enfermagem: o foco amamentar na consulta de enfermagem de saúde infantil, e iniciar este caminho na área da qualidade. Apesar de inicialmente a nossa sugestão ter sido considerada difícil de concretizar, por se dirigir a um foco de enfermagem, o resultado final foi muito satisfatório para a equipa, que ficou motivada para realizar outras normas. Deixámos a sugestão da realização de auditorias clínicas e que o foco amamentar constitua um indicador de qualidade, do tipo epidemiológico: taxa de prevalência ou indicador de resultado: “mudança positiva no estágio de diagnóstico – conhecimentos sobre amamentação” (OE, 2007, p. 11).

Na prática de cuidados a manutenção de um ambiente seguro é fulcral para a qualidade dos mesmos. É essencial uma cultura de segurança, com práticas baseadas na evidência, e a gestão eficaz do risco através de sistemas de gestão eficazes (Caldeira, 2012). A gestão dos riscos numa abordagem global, coletiva, estruturada e permanentemente acompanhada é indispensável (Despacho nº1400-A, 2015). A gestão do risco, onde os profissionais de enfermagem assumem uma enorme responsabilidade, assenta em quatro pilares essenciais “sistema de relato de incidentes, identificação e avaliação do risco, monitorização de indicadores de segurança do doente e auditoria como instrumento de melhoria contínua” (Ramos & Trindade, 2011, p. 17), permitindo minimizar as consequências ou recorrências, conduzindo ao aumento da segurança (Ramos & Trindade, 2011). As políticas de gestão de incidentes devem promover a visão que o erro é uma oportunidade de aprendizagem, sendo necessário implementar medidas de revelação, análise e prevenção do erro (Fragata, 2010).

A identificação de práticas de risco ou de situações de risco constituiu uma preocupação ao longo dos ensinamentos clínicos. Na UCEN, para identificação de cada unidade, as incubadoras eram numeradas de 1 a 4 assim como os berços, mas o programa Sclínico® não permite realizar essa diferenciação, o que significa que existiam 2 RN alocados ao mesmo número de cama, o que pode induzir ao erro. Sugerimos a identificação de cada unidade entre o número 1 e 8, sem a diferenciação de incubadora ou berço. Também realizámos um relato de incidente sobre vários

prolongamentos que não se adaptavam corretamente à seringa, não garantindo uma administração segura da medicação.

Relativamente à prevenção de riscos ambientais, na UCEN tínhamos o cuidado de, sempre que o RN largava a chupeta, verificar se esta não ficava localizada de forma a poder magoá-lo, alternávamos o local do sensor de oxigénio periférico para prevenir lesões na pele e verificámos e ensinámos os pais da colocação correta do RN na cadeira de transporte.

No serviço de Pediatria observámos que a troca de agulhas das canetas de insulina não era realizada de forma segura para o profissional. Relembrámos a equipa, tal como já anteriormente indicado pela comissão de risco, da existência de contentores de corto-perfurantes com adaptação específica para as agulhas das canetas de insulina, e assim, a sua substituição segura.

Em todos os estágios, mas com especial foco nas consultas de enfermagem no âmbito do PNSIJ, realizámos ensinamentos aos pais sobre segurança e prevenção de acidentes adequados a cada faixa etária.

Também implementamos medidas de prevenção e controlo de infeção, para além do não uso de quaisquer adereços nas mãos e punhos e da correta higienização das mãos, instruímos os pais para a adequada e correta e higienização das mãos e adoção de algumas medidas de proteção, como o uso de máscara respiratória, sempre a situação se justifique. No serviço de pediatria médica, sempre que a situação clínica da criança exigia, era internada em isolamento num dos quartos, sendo devidamente identificado na porta do quarto e com o respetivo equipamento de proteção individual junto do mesmo.

Nos internamentos incentivámos os pais a permanecerem sempre junto da criança, e sustentados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, a prestarem-lhe os cuidados familiares, promovendo assim o seu conforto e sensação de segurança.

Todos os contextos de estágio, os processos das crianças são informatizados, recorrendo ao programa Sclínco®, que não encerra a sessão automaticamente, o que nos obriga a não esquecer de terminar a sessão, aquando do término dos registos, de forma a garantir a segurança e privacidade dos mesmos.

C - Domínio da gestão dos cuidados

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Os EEESIP orientadores que nos acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos nos internamentos, durante a sua jornada de trabalho, encontram-se inseridos em equipas de enfermagem e multidisciplinares e, na maioria das vezes, para além da prestação de cuidados, o EEESIP orientador, assumia também a função de responsável de turno, também denominado de chefe de equipa. Esta função desempenhada pelo EEESIP é fulcral, ela garante uma eficaz gestão dos recursos e dos cuidados de enfermagem. Durante as passagens de turno tomámos conhecimento dos utentes pediátricos que estão internados, do grau de complexidade da sua situação de doença e realizámos a sua distribuição pelos vários elementos da equipa de enfermagem, tendo em conta as necessidades e competências de cada um (Sousa, Campos, & Ramos, 2001).

Num dos turnos realizados no serviço de pediatria médica, no início do turno, era necessário receber 2 crianças provenientes do serviço de urgência pediátrica. Apesar de o método individual constituir a forma de organização do trabalho, existiu necessidade de reajustarmos a dinâmica, uma vez que era necessário acolher as crianças e famílias, sem descurar dos restantes utentes pediátricos internados. Assim, delegámos tarefas a cada um os enfermeiros da equipa e aos assistentes operacionais, garantindo, com os recursos disponíveis, uma gestão eficaz dos cuidados, mantendo a sua qualidade.

Pelas suas limitações físicas, na UCEN só é possível prestar cuidados de higiene na banheira aos RN, um de cada vez. Como é muito importante em neonatologia evitar a manipulação excessiva e agrupar cuidados, coordenarmos esta intervenção, que é necessária prestar a vários RN, foi vital para a manutenção da qualidade dos cuidados.

Transversal aos diferentes locais de estágio, o EEESIP constitui um elemento de referência para os restantes membros da equipa de enfermagem, sendo nele que os restantes elementos se apoiam quando tem dúvidas ou quando tem dificuldade em ter sucesso na realização de alguma técnica, como no caso das punções venosas.

Ao longo do estágio, reconhecemos os limites das competências, e por isso, sempre que necessário referenciámos as crianças para outros profissionais de saúde. A título de exemplo, no serviço de pediatria médica referenciamos uma criança, a quem foi diagnosticada diabetes mellitus tipo I, e família para a psicóloga.

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A procura da excelência do exercício é um dos deveres consagrados na deontologia profissional, sendo por isso essencial desenvolvermos o autoconhecimento como forma de conhecer as limitações, fragilidades, tanto de índole profissional como pessoal e de que forma elas influenciam a relação com o outro.

Não obstante, para atingir a excelência do exercício profissional é também necessário manter a atualização de conhecimentos (Lei nº 156, 2015), pois a prática baseada na evidência é instrumento essencial para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar que, aliada à competência individual, eleva a qualidade dos cuidados (Craig & Smyth, 2004). Foi nesta procura, que decidimos frequentar o mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ao longo de todo o percurso académico consolidamos conhecimentos e rentabilizamos oportunidades de aprendizagem.

Durante o estágio final, nomeadamente no serviço de pediatria médica e na UCSP atuámos como formador oportuno, pelas ações de formação que preletámos, partilhando conhecimentos atuais e aprofundados, provenientes da evidência científica, com os restantes enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados.

No âmbito do projeto, a realização do artigo científico, nomeadamente a revisão da literatura, com recurso a método de pesquisa adequados sobre os fatores que influenciam o abandono precoce do aleitamento materno, permitiu a fundamentação de muitas das nossas intervenções.

2.4.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Cuidar com excelência de crianças implica parceria de cuidados com a família, nomeadamente com os pais, sendo a comunicação adequada fundamental. Com a família mantivemos sempre uma postura empática, valorizando as suas preocupações e transmitindo as informações numa linguagem clara, validando a compreensão. Com as crianças, ajustámos a comunicação ao seu estágio de desenvolvimento mantendo uma postura calma e tranquila, dirigimo-nos à criança, aguardámos que se sintam confortáveis para conversar, conquistámos a sua confiança com recurso à brincadeira e com interação com o seu objeto de transição (caso exista), e se apropriado.

A doença e consequente hospitalização ocorrem sem aviso prévio podendo dificultar o papel parental (OE, 2015). A nossa intervenção autónoma, ao longo do estágio final, focou-se na promoção da adaptação à parentalidade, no envolvimento dos pais na prestação de cuidados e na sua capacitação para cuidar no processo de saúde/doença.

Apesar de nos serviços de internamento foco da intervenção ser dirigida à doença, aproveitámos todas as oportunidades para promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. A alimentação desadequada e os erros alimentares são muito frequentes, sendo a nossa intervenção no sentido de fomentar a adoção de uma alimentação saudável.

No entanto, nas consultas de enfermagem da UCSP, no âmbito do PNSIJ, a promoção de saúde é um dos objetivos principais (DGS, 2013b). Nesta consulta avaliámos os conhecimentos e comportamentos relativos à saúde e promovemos a adesão ao plano de vacinação, à alimentação saudável, aos corretos hábitos de sono, de higiene, de higiene oral, e de estilos de vida saudáveis, promovemos a prevenção de acidentes e o desenvolvimento de competências parentais, ensinámos cuidados promotores do desenvolvimento, entre outros.

Com a experiência profissional numa unidade de urgência pediátrica consolidámos conhecimentos, que mobilizámos ao longo do estágio final, sobre as doenças mais comuns e as respostas de enfermagem apropriadas. Nas consultas de enfermagem na UCSP foi frequente

depararmo-nos com lactentes e crianças com tosse e rinorreia. Realizávamos ensinamentos sobre as medidas gerais como a realização da higiene nasal com soro fisiológico, o reforço da ingestão hídrica ou a elevação da cabeceira da cama. Não obstante, quando a situação não se enquadrava na nossa esfera de competências, encaminhávamos para outros profissionais de saúde, como as crianças que apresentava sinais de dificuldade respiratória, que encaminhávamos para o médico.

Tal como já referimos anteriormente, durante o estágio final identificamos situações que constituíam risco para a criança, e em conjunto com o EEESIP orientador sinalizámos a criança para o NACJR, de acordo com os procedimentos institucionais.

2- Cuida da criança/jovem em situações de elevada complexidade

A prática profissional de mais de uma década numa unidade de urgência pediátrica permitiu-nos elevar as nossas capacidades de avaliação rápida da situação clínica da criança, identificação de situações de instabilidade e de agir rápida e eficazmente em conformidade. No entanto, na área de neonatologia a nossa experiência era mais reduzida, tendo sido fulcral o investimento no domínio de conhecimentos, para de igual forma, conseguirmos também realizar essa avaliação. Não obstante, as situações de risco de vida eminente ou de paragem cardiorrespiratória são, felizmente, pouco frequentes em pediatria, pelo que o curso de suporte avançado de vida pediátrico constituiu uma mais-valia, para a consolidação de conhecimentos e de competências na identificação e prestação de cuidados à criança gravemente doente ou em paragem cardiorrespiratória.

A gestão da dor foi sempre um dos focos de atenção na prática de cuidados. Na carta da criança hospitalizada “a dor deve ser reduzida ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p. 4). No serviço de pediatria médica a dor constituiu um indicador de qualidade. Avaliámos a dor na criança em todos os turnos ou sempre que se justifique, com recurso a instrumentos de avaliação da dor adequados a cada faixa etária, utilizámos medidas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor e avaliámos o resultado das nossas intervenções.

Na UCEN, com o objetivo de minimizar a dor e o desconforto, evitámos a manipulação excessiva do RN, diminuámos o ruído com diminuição do tom de voz, posicionámos o RN confortavelmente com recurso aos ninhos e nos procedimentos invasivos como a punção venosa administrámos sacarose a 24% 2 minutos antes do procedimento tal como preconizado pela DGS (DGS, 2012).

Ainda relativamente à gestão da dor, no serviço de pediatria médica como na UCSP, realizámos procedimentos dolorosos como punção venosa, punção do calcanhar para realização do teste de diagnóstico precoce ou a administração de vacinas. Nestes procedimentos recorremos sempre a sempre medidas não farmacológicas adequadas a cada faixa etária, para alívio da dor, como incentivar a presença dos pais, providenciar sucção não nutritiva ou aleitamento materno, o recurso à brincadeira lúdica ou a técnica de relaxamento (OE, 2013) que, na maioria das vezes, se revelaram eficazes. Recordamos uma menina de 10 anos oriunda de Angola que recorreu pela primeira vez à consulta de saúde infantil, sendo necessário atualizar o PNV e consequentemente, administrar-lhe 4 vacinas. Recorremos a estratégias não farmacológicas de alívio da dor como a distração e brincadeira lúdica e, no final do procedimento, a menina abraçou-nos e agradeceu, o que revela que as intervenções efetuadas foram eficazes.

3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A avaliação do crescimento e desenvolvimento é uma das intervenções realizadas ao nível da consulta de enfermagem da UCSP, sendo fundamental para detetar precocemente “situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança (...)” (DGS, 2013b, p. 9). É de extrema importância a avaliação com recurso a instrumentos standardizados, como a escala de rastreio de Mary Sheridan ou as curvas de crescimento da OMS uma vez que a sua sensibilidade permite identificar 70-90% das situações de alterações do desenvolvimento (DGS, 2013b). Foram várias as situações de excesso de peso ou obesidade que identificámos através das curvas de crescimento da OMS.

Numa das consultas de enfermagem identificámos uma lactente de 6 meses com assimetria dos movimentos e força dos membros superiores. Ao continuarmos a avaliação, a mãe informou-nos que a criança apresentava diariamente, há cerca de um mês, movimentos oculares anómalos associados a tremores finos do membro superior esquerdo, de duração breve e sem alteração do estado de consciência. Como a criança nesse dia não tinha consulta médica, solicitámos que fosse observada, tendo sido posteriormente encaminhada para consulta de pediatria hospitalar.

Outro foco essencial durante estas consultas é a transmissão de “orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Regulamento nº 422, 2018, p. 19194). Essas orientações são sobre alimentação, saúde oral, hábitos de higiene,

higienização do sono, prevenção de acidentes, ensinar atividades promotoras do desenvolvimento, estilos de vida saudáveis entre outras.

Ao longo do estágio na UCSP verificámos o uso frequente de tecnologia de informação e comunicação, nomeadamente telemóveis, mesmo em lactentes pequenos, incentivada pelos pais. O uso recorrente das tecnologias de informação e comunicação pode provocar alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança (Paiva & Costa, 2015; Dias & Brito, 2016), assim como potenciar a depressão, a ansiedade e o isolamento social (Paiva & Costa, 2015). O tempo que as crianças deviam despende a brincar, é limitado pelo tempo que estas estão a usar a tecnologia (Monroe, 2014). Brincar é fundamental no desenvolvimento físico, social e mental da criança. Só através do brincar é possível experimentar as coisas da vida, sendo através da socialização e da conversa com os outros que a criança aprende a formular opiniões (Brazelton & Greenspan, 2004). Ao brincar a criança vai conhecendo o mundo, conquistando novas experiências e conhecimentos, utilizando os vários sentidos cheirar, tocar, sentir, ver, provar, ouvir que são elementares para a sua relação com as outras crianças e com os adultos (OE, 2010).

Durante as consultas alertámos os pais para os perigos do uso excessivo das tecnologias de informação e comunicação e ensinámos atividades promotoras do desenvolvimento. Também ensinámos quais os brinquedos adequados tendo em consideração a durabilidade, segurança, interesse, ruído, e adequação à faixa etária (OE, 2010).

A parentalidade, definida como “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser pai/mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças” (Internacional Council of Nurses, 2016, p. 71) constituiu uma foco de atenção essencial durante todo o estágio final. Com uma postura serena, utilizando como recurso a escuta ativa, promovemos o envolvimento dos pais nos cuidados aos RN e crianças internadas, ensinámos os pais a cuidarem dos filhos e a melhorarem as suas competências parentais.

A promoção do aleitamento materno foi, sem dúvida, uma intervenção predominante não só pelas atividades realizadas no âmbito do projeto, mas também na prestação de cuidados. O estabelecimento da lactação é fundamental para o seu sucesso e por isso os primeiros dias de vida do RN tornam-se vitais. Neste período, os enfermeiros, e em especial o EEESIP, são os profissionais com maior contacto com o RN e família, quer seja no contexto de internamento ou nas consultas

de enfermagem de vigilância de saúde, e por isso a sua intervenção é determinante para o apoio e eficácia do aleitamento materno.

Na UCEN e na UCSP avaliámos o RN a mamar (adaptação do RN à mama, sucção, posição do RN e da mãe), avaliámos a mama e os conhecimentos da mãe e família, avaliámos o crescimento ponderal, realizámos os ensinamentos adequados a cada situação, sustentados na evidência científica atual, e assistimos as mães a superar as suas dificuldades.

2.4.3. Competências de mestre em enfermagem

Na procura da excelência do exercício profissional é fulcral aprofundar e atualizar conhecimentos, constituindo-se como motivação para ingressarmos no mestrado em enfermagem, com área de especialização de saúde infantil e pediátrica. O grau de mestre é conferido aos estudantes que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei n.º 63, 2016, p. 3174)

Ao longo de todo o percurso académico aprofundámos os conhecimentos obtidos no primeiro ciclo, ou seja, na licenciatura em enfermagem, nas áreas de domínio das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem e na área da saúde infantil e pediátrica, não só pelos conteúdos ministrados nas aulas como também pelos conteúdos aprofundados nos trabalhos

desenvolvidos nas unidades curriculares, na pesquisa bibliográfica com recurso à evidência científica e na partilha com os pares.

Ao longo do estágio final mobilizámos todos esses conhecimentos, e alicerçados no pensamento crítico em enfermagem, nas 5 etapas do processo de enfermagem, perante novas ou complexas situações, tomámos decisões que permitiram resolver os problemas identificados, tendo sempre em consideração os princípios éticos e deontológicos que regem o exercício da profissão, sempre numa ótica de parceria de cuidados com a criança e a família.

Com o intuito de contribuir para a divulgação do conhecimento em enfermagem e consequentemente para a melhoria dos cuidados, algumas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto, como a realização de ações de formação, tiveram em consideração esse objetivo. Através da análise dos resultados dos questionários de avaliação da ação aplicados (apêndice VII e XIII) podemos inferir, tal como pretendido nas competências de mestre, que conseguimos comunicar os nossos conhecimentos e conclusões, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Não obstante, e dado a elevada qualidade de alguns trabalhos desenvolvidos nas unidades curriculares, emergiram desses trabalhos, 3 artigos em coautoria, cujos resumos se encontram no apêndice XIV, que aguardam publicação numa revista indexada, assim como a revisão da literatura realizada no âmbito do estágio final (apêndice I).

Os conteúdos ministrados na unidade curricular de Investigação, assim como os trabalhos desenvolvidos nas unidades curriculares contribuíram para o desenvolvimento de competências que nos permitem ampliar e aprofundar aprendizagens de um modo auto-orientado ou autónomo.

3. CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentado configura a resposta avaliativa à unidade curricular Relatório, do mestrado em enfermagem, área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, sendo ainda futuramente, objeto de apresentação e discussão pública com vista à obtenção do grau de mestre.

Consideramos que os objetivos do presente relatório foram alcançados, uma vez que nele se encontra consubstanciado a descrição do percurso formativo realizado, quer no desenho e implementação do projeto de intervenção profissional, a promoção do aleitamento materno, como no desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem e de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

Salientamos a importância dos conteúdos lecionados e dos trabalhos realizados nas diferentes unidades curriculares que contribuíram para ampliar conhecimentos, mas também, destacando a unidade curricular de investigação em enfermagem, de munirmo-nos de ferramentas de pesquisa e análise da evidência científica. Só a prática baseada na evidência permite garantir a qualidade dos cuidados, e numa área em constante evolução como a área da saúde, é fulcral atualizarmos conhecimentos.

Apesar do aleitamento materno representar inúmeras vantagens para a mãe, para a criança, sociedade e ambiente, e constituir uma medida de promoção de saúde, a realidade é que as taxas de aleitamento materno permanecem longe de alcançar as recomendações da OMS. Para a compreensão desse fenómeno, contribuiu a realização da revisão da literatura cujo objetivo foi identificar quais os fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno. Os resultados dos artigos analisados permitiram direcionar e fundamentar algumas das atividades realizadas no âmbito do projeto de intervenção, na área de saúde infantil e pediátrica. Não obstante, a elaboração, prévia ao estágio final, do enquadramento teórico, contribuiu para aprofundarmos e consolidarmos saberes e, aliada à teorização em enfermagem, para fundamentar as intervenções realizadas no âmbito do projeto e o pensamento crítico em enfermagem, durante a prestação de cuidados.

O projeto de promoção do aleitamento materno, seguiu a metodologia de trabalho de projeto, nas suas 5 etapas, tendo sido identificado as necessidades de cada contexto clínico, definido objetivos, planeadas e implementadas intervenções cujos resultados foram divulgados no presente relatório. De uma forma global, realizamos uma avaliação positiva do projeto desenvolvido, não só pela crítica dos pares, mas também porque consideramos que contribuiu para o aumento da qualidade dos cuidados.

A realização deste percurso académico e, em especial a realização do estágio final e do presente relatório, integra um momento de reflexão, aprendizagem e desenvolvimento profissional. Ao longo de mais de uma década cuidámos do binómio criança-família, e inerente a essa experiência profissional, adquirimos saberes e desenvolvemos competências de cuidar em pediatria, especialmente em contexto de doença, na maximização da saúde, e em situações de elevada complexidade. Este percurso permitiu-nos complementar essa experiência, especialmente nos cuidados de saúde primários, no âmbito da vigilância e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

Na procura da excelência do exercício profissional, refletimos sobre as práticas, identificámos as lacunas e limitações pessoais, e trilhámos caminho com intuito de as colmatar e superar. Aproveitámos e criámos oportunidades de aprendizagem e, alicerçados nos modelos e teorias de cuidar em pediatria, e na excelência da ética e deontologia profissional, elevámos a qualidade dos cuidados.

Culminamos este percurso com um sentimento de realização profissional e com o anseio de continuar a contribuir para a divulgação do conhecimento em enfermagem e para a integração ou implementação de projetos, no âmbito do aleitamento materno ou noutras áreas de interesse profissional, que contribuam para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *A promoção da Saúde. A Carta de Ottawa*, (pp. 1-6). Canadá. Obtido em 07 de Março de 2018, de http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusociência.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Lisboa: Psiquilíbrios.
- Alves, D., & Guirardello, E. (jun de 2016). Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), pp. 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.58817>
- Alves, T. R., Carvalho, J. B., Cavalcante, R. D., Teixeira, G. A., Silva, F. C., Oliveira, A. M., & Silva, G. W. (2017). Influences of Non-Accession to Exclusive Breastfeeding: Understanding of Feminine Subjectivity. (172). doi: 10.3823/2442
- Amaral, L. J., Sales, S. d., Carvalho, D. P., Cruz, G. K., Azevedo, I. C., & Júnior, M. A. (20 de outubro de 2015). Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. pp. 127-134. doi:10.1590/19831447.2015.esp.56676
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2004). Recém-Nascido de Alto Risco. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 331- 411). Loures: Lusociência.
- Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna . (s.d.). Obtido em 25 de setembro de 2018, de e-lactancia: <http://www.e-lactancia.org/>
- Associação Portuguesa de Massagem Infantil. (s.d.). *Benefícios do Programa da IAIM*. Obtido em 8 de março de 2019, de Associação Portuguesa de Massagem Infantil: <http://apmi.org.pt/massage-o-seu-bebe/beneficios/>
- Berens, P., & Brodribb, W. (2016). ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, Revised 2016. *BREASTFEEDING MEDICINE*, 11(4), pp. 159-163. doi:10.1089/bfm.2016.29008.pjb
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Loures : Lusociência.

- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2004). *A Criança e o Seu Mundo - Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (4ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Caldeira, N. (2012). *Queda da Criança em Contexto Hospitalar: Uma Problemática Atual*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16144/1/Queda%20da%20Crian%C3%A7a%20em%20Contexto%20Hospitalar%2C%20Uma%20Problem%C3%A1tica%20Atual%20-%20Nilda%20Caldeira.pdf>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press.
- Chora, M. A., & Alves, N. M. (agosto de 2018). A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática. 4(2), pp. 1430-1441. Obtido em 23 de fevereiro de 2019, de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/245/406
- Coelho, A. ([S.D]). Qualidade- Clínica Organizacional e Inovação. Departamento da Qualidade na Saúde. Obtido em 04 de Março de 2018, de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/.../anabela-coelho-pdf.aspx>
- Craig, J. V., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 281. (6 de outubro de 2009). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Diário da República-1ª série - nº193. Obtido em 9 de março de 2019, de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>
- Decreto-Lei n.º 63. (13 de setembro de 2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. 3159-3191. Diário da República n.º176, 1ª Série A. Obtido em 2 de fevereiro de 2019, de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Deoni, S., Dean, D., Piryatinsky, I., O'Muircheartaigh, J., WasKiewicz, N., Lehman, K., . . . Dirks, H. (15 de novembro de 2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*, 82, 77-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.090>
- Despacho n.º 10143. (16 de abril de 2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. 15438 - 15440. Diário da República, 2ª Série, Nº 74. Obtido em 10 de fevereiro de 2019, de <https://dre.pt/application/conteudo/2216310>
- Despacho n.º 31292. (5 de dezembro de 2008). Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco. Diário da República - 2ª série, nº 236. Obtido em 9 de março de 2019, de <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/enquadramento-legal.aspx>
- Despacho nº1400-A. (10 de fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República. Obtido em 1 de dezembro de 2017, de

https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&print_preview=print-preview&dreId=66463210

Dias, P., & Brito, R. (2016). Crianças (0 aos 8 anos) e tecnologias digitais. Lisboa: Centro de Estudos de Comunicação e Cultura. Obtido em 18 de Março de 2018, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19160/1/BOOK%20Crianças%20e%20Tecnologias%20Digitais.pdf>

Díaz-Gómez, M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I., & Alba, C. D. (15 de setembro de 2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. 90, pp. 1-18. Obtido em 5 de novembro de 2018, de http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf

Direção Geral da Saúde. (Junho de 2013b). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Obtido em 20 de Março de 2018, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção Geral de Saúde . (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção Geral de Saúde. Obtido em 3 de abril de 2018, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Direção Geral de Saúde . (18 de dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Obtido em 3 de março de 2018, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

Direção Geral de Saúde. (20 de dezembro de 2013a). Orientação nº 018 - Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Obtido em 24 de outubro de 2018, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2016a). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido em 8 de março de 2019, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/introducao.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2016b). *Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Obtido em 8 de março de 2019, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5526>

Eglash, A., & Simon, L. (2017). BM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi:10.1089/bfm.2017.29047.aje

- Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (3 de março de 2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129, e827-e841. doi:10.1542/peds.2011-3552
- Engler, A. C., Hadash, A., Shehadeh, N., & Pillar, G. (29 de dezembro de 2011). Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: Potential role of breast milk melatonin. (E. J. Pediatrics, Ed.) pp. 729-732. doi:DOI 10.1007/s00431-011-1659-3
- Ferreira, P. (2016). Governação Clínica em Cuidados Continuados Integrado. Póvoa de Varzim, Portugal.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (janeiro-março de 2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, pp. 1-37. Obtido em 27 de abril de 2018, de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. I. (2010). A segurança dos doentes –Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, pp. 564-570. Obtido em 1 de dezembro de 2017, de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799/10535>
- Franco, C., Castilho, S., Graça, A., & Marques, J. G. (12 de dezembro de 2018). Transmissão de Infecções pelo Aleitamento Materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49, 243-252. doi: 10.21069/APP.2018.13325
- Freitas, M. G., Werneck, A. L., & Borim, B. C. (7 de setembro de 2018). Exclusive breastfeeding: adhesion and difficulties. 12(9), pp. 2301-2307. doi:10.5205/1981-8963-v12i9a234910p2301-2307-2018
- Gaspar, J., Luz, Â., Gomes, S., & Gonçalves, H. (2015). Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. *Ata Pediátrica Portuguesa*, pp. 318-325. Obtido em 9 de maio de 2018, de <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4580>
- Genna, C. W. (2017). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants*. Burligton: Jones & Bartett Learning.
- Gouveia, C., & Órfão, A. (2009). Problemas comuns da amamentação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*(25), 370-375. Obtido em 3 de outubro de 2018, de www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10634/10370
- GradDip, K. M., & B.Physio, R. K. (novembro de 2012). Exercise and Breastfeeding. (A. B. Association, Ed.) 20(3), pp. 39-42. Obtido em 2 de agosto de 2018
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Loures: Lusociência.

- Hookway, L. (janeiro de 2016). An exploration of common infant behaviour misinterpretations that can lead to a perception of low milk supply. *Community Practitioner*, pp. 28-31. Obtido em 13 de outubro de 2018
- Horta, B. L., & Victora, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a sytematic review*. Geneva: World Health Organization. Obtido em 25 de outubro de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;jsessionid=89E369837A0A2697547B3E6B0EBB20A3?sequence=1
- Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Obtido em 18 de fevereiro de 2019, de Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (s.d.). *Diagnóstico Precoce - Colheitas*. Obtido em 7 de fevereiro de 2019, de Diagnóstico Precoce - Programa Nacional: <http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>
- Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. (s.d.). *Mestrados em Enfermagem*. Obtido em 2019 de fevereiro de 2019, de Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde: <https://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/me>
- Internacional Council of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Jacobs, A., Abou-Dakn, M., Becker, K., Both, D., Gatermann, S., Gresens, R., . . . Wöckel, A. (2013). S3-Guidelines for the Treatment of Inflammatory Breast Disease during the Lactation Period AWMF Guidelines, Registry No.015/071 (short version). *GebFra Science*. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1360115>
- Lei n.º 147. (setembro de 1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República nº204, Série I-A. Obtido em 9 de março de 2019, de https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/115530795/201807050200/73545453/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Lei nº 156. (16 de Setembro de 2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059-8105. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Obtido em 6 de novembro de 2017, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. (1993). *Trabalho de Projecto : leituras comentadas* (3ª ed., Vol. 2). Porto: Afrontamento.
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. (2001). *Trabalho de projecto : aprender por projectos centrados em problemas* (4ª ed., Vol. 2). Porto: Afrontamento.

- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF; Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Obtido em 21 de julho de 2018, de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Loch, J. d. (2002). Princípios da Bioética. (Kipper, Ed.) *Temas de Pediatria*, pp. 12-18. Obtido em 24 de Novembro de 2017, de <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>
- Louis-Jacques, A., & Stuebe, A. (julho de 2018). Long-term maternal benefits of breastfeeding. pp. 26-29. Obtido em agosto de 2018
- Mannel, R., Martens, P. J., & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Colibri.
- Mendes, G. (Jan-Mar de 2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto- Enfermagem*, 18 (1), pp. 165-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
- Ministério da Saúde. (março de 2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 7 de fevereiro de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>
- Miranda, L., Zangão, O., & Risso, S. (abril de 2017). O Papel do Enfermeiro no Sucesso para o Aleitamento Materno. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), pp. 853-868. doi:<http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3%281%29.854>
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. Em M. J. Hockenberry, D. Wilson, & Lusociência (Ed.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª edição ed.). Loures.
- Morgado, T. M., Seabra, S. R., Ferreira, F., Mendes, A. T., Mateus, F. F., Pereira, F. M., & Moraes, M. E. (Junho de 2014). A tomada de decisão ético-deontológico dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, pp. 113-129. Obtido em 08 de Novembro de 2017, de http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1756/1/tomada%20de%20decisao%20etico-deontologica_2014.pdf
- Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos projetos : etapas, papéis e atores*. São Paulo: Érica.
- Nunes, S. R. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer*, XX, pp. 40-44. Obtido em 08 de Novembro de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>

- Observatório do Aleitamento Materno . (2012). *Registo do Aleitamento Materno- Relatório julho de 2010 A junho de 2011*. Obtido em 6 de maio de 2018, de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>
- Observatório do Aleitamento Materno . (2014). *Registo de Aleitamento Materno - Relatório janeiro a dezembro 2013*. Obtido em 6 de maio de 2018, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- Oliveira, C. S., Iocca, F. A., Carrijo, M. L., & Garcia, R. d. (12 de dezembro de 2015). Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *36(esp)*, pp. 16-23. doi:10.1590/19831447.2015.esp.56766
- Oliveira, M. (1º semestre de 2016). Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Pensar Enfermagem*, 20(1). Obtido em 21 de setembro de 2018, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_4_15.pdf
- Ordem dos Enfermeiros . (outubro de 2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem. Obtido em 16 de fevereiro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros . (2010). Promover o desenvolvimento Infantil na criança. Em *Guias Orientadores de boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Ordem dos Enfermeiros ed., Vol. I, pp. 67-134). Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Série 1 Nº 8 ed.). Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 17 de fevereiro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Parentalidad ePositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 2 de março de 2018, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 2 de fevereiro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância . (1997). *Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treino*. OMS/UNICEF.

- Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? Brasil. Obtido em 16 de Março de 2018, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>
- Ramos, S., & Trindade, L. (novembro/dezembro de 2011). Gestão do Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospitalar*, pp. 16-20. Obtido em 1 de dezembro de 2017, de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>
- Regulamento nº 140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns. 4744-4750. Diário da República 2.ª série N.º 26. Obtido em 12 de fevereiro de 2019, de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 422. (2018 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 19192-19194. Diário da República nº133, 2ª Série. Obtido em 3 de fevereiro de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Regulamento nº 473. (5 de setembro de 2017). Regulamento das Atividades Académicas e Linhas Orientadoras de Avaliação de Desempenho Escolar dos Estudantes do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). Diário da República nº 171, 2ª Série. Obtido em 4 de março de 2019, de <https://dre.pt/application/conteudo/108103108>
- Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (Março de 2007). Manual de Normas de Orientação Clínica - CEMBE da FML. Lisboa: Linha Editorial, Lda. Obtido em 04 de Março de 2018, de <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>
- Rosa, C., & Menezes, M. (2015). Avaliação da Influência da Estrutura Física das Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Público: Proposta para o Gerenciamento de Risco de Quedas. São Paulo, Brasil. Obtido de <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/177>
- Sakraida, T. J. (2004). Nola J. Pender - Modelo de Promoção de Saúde. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 699-709). Loures: Lusociência.
- Sanderes, J. (2014). Cuidados de Enfermagem Centrados na Família à Criança Doente e Hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, I., & Sá, E. (2016). Estratégias de governação clínica. Portugal.
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Silva, D. (abr./mai./jun. de 2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (9), pp. 87-95. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>

- Simo, M. R., Fernandez, M. I., Diez, P. A., Andres, S. B., & Capaces, T. M. (13 de fevereiro de 2015). Lactancia materna. Factores relacionados con la initiation, la exclusividad y la duration. *18*(2), pp. 69-75. Obtido em 5 de novembro de 2018
- Sociedade Portuguesa de Pediatria . (setembro de 2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. (SPP, Ed.) *Acta Pediátrica Portuguesa*, *43*(5), S17-S40. Obtido em 21 de setembro de 2018, de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf
- Sousa, M. Q., Campos, A. C., & Ramos, R. E. (2001). Trabalho em equipe: a base da qualidade nas organizações. *Cobenge*, pp. 8-14. Obtido em 17 de fevereiro de 2019, de <http://www.abenge.org.br/cobenge/arquivos/18/trabalhos/EQC003.pdf>
- Souza, S., Tomazoni, A., Rocha, P., Cabral, P., & Souza, A. (jan./mar. de 2015). Identificação da Criança na Pediatria: Percepções Profissionais de Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, *29*, nº1, p. 5.11. doi:<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i1.11529>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (Vol. Caderno de formação nº 2). Departamento de Recursos Humanos- Ministério da Saúde.
- Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (agosto de 2017). Physiology of milk secretion. (E. Ltd, Ed.) *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *31*(4), 367-384. doi:<https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.008>
- UNICEF. (29 de julho de 2015). *Nutrition*. Obtido em 25 de abril de 2018, de Unisef - for every child: https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html
- UNICEF. (2017). *A Iniciativa Amiga dos Bebés*. Obtido em 5 de fevereiro de 2019, de UNICEF: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Ventura, A. K. (2017). Does Breastfeeding Shape Food Preferences? Links to Obesity. *Annals of Nutrition & Metabolism* , 8-15. doi:10.1159/000478757
- World Health Organization . (agosto de 2017). *World Health Organization*. Obtido em 24 de abril de 2018, de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
- World Health Organization . (2018). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE*. Geneva: Penny Howes. Obtido em 2 de fevereiro de 2019, de <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2009). *Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO. Obtido em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>

APÊNDICES

**Apêndice I – Revisão da literatura - Aleitamento materno: fatores que
contribuem para o abandono precoce**

Aleitamento materno: fatores que contribuem para o abandono precoce

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora – Doutora em Sociologia, Professora Adjunta na Universidade de Évora - Departamento de Enfermagem.

Resumo

O leite materno é um alimento natural, completo, dinâmico com inúmeros benefícios nutricionais, imunológicos e afetivos.

Objetivo: Identificar quais os fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno.

Métodos: Revisão da literatura com pesquisa realizada nas plataformas B-on e EBSCO, utilizando os descritores em Ciências da Saúde na língua inglesa: *Breastfeeding, mother e weaning*, e a pesquisa efetuada com recurso à interseção entre eles através do operador booleano “and”. Com base nos limitadores, critérios de inclusão e exclusão definidos, foram selecionados 7 artigos.

Resultados: os artigos analisados demonstram que existem vários fatores que influenciam o desmame precoce, podendo ser agrupado em categorias: fatores maternos, destacando a sensação de hipogalactia e problemas como dor, fissuras ou mastite; fatores relacionados com o recém-nascido/lactente como a dificuldade de adaptação à mama e introdução de leite artificial e fatores sociais como regresso ao trabalho.

Conclusões: os vários estudos representam diferentes contextos socioculturais, mas alguns fatores identificados como a sensação de hipogalactia, dor, fissuras, mastite e a dificuldade na técnica, são comuns entre eles. As intervenções de enfermagem podem ser decisivas para a manutenção do aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento materno; mãe; desmame.

Apêndice II – Folhetos: O aleitamento materno

Porque é importante amamentar o meu bebé?

- Até aos 6 meses o bebé não necessita de outro alimento, para além do leite materno.
- Depois da introdução de novos alimentos a amamentação pode prolongar-se até aos 2 anos ou mais.
- O leite materno é importante porque:
 - Fornece todos os nutrientes necessários
 - Protege contra as infeções
 - Diminui o risco de doenças respiratórias, asma, diarreia, infeção urinária, otite, meningite, diabetes tipo II, doença celíaca, colite ulcerosa, doença de Crohn, leucemia, hipertensão arterial e colesterol elevado
 - Diminui o risco de obesidade
 - Contribui para o desenvolvimento intelectual.
- A mãe que amamenta:
 - Tem uma recuperação mais rápida após o parto
 - Tem menor risco de cancro da mama e do ovário.
- Amamentar ajuda a desenvolver a relação afetiva entre a mãe e o bebé.



Fonte: <http://centralmama.blogspot.com>

Referência bibliográfica:

- World Health Organization (WHO). (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO. Consultado em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/20665/14117>.

1

Como devo amamentar?

- Pode amamentar o seu bebé sempre que ele quiser.
- Quando os recém-nascidos têm fome:
 - Ficam irrequietos
 - Levam as mãos à boca e sugam
 - Giram a cabeça e os olhos e abrem bem a boca
 - E por fim choram.
- Os recém-nascidos não podem estar muitas horas sem comer. Siga as recomendações do Enfermeiro/Médico.



Fonte: www.amaed.org.br

- A duração da mamada é variável. Alguns bebés demoram alguns minutos enquanto outros levam mais tempo.

- O seu bebé estará a mamar enquanto o sentir sugar e a seguir deglutir.

- Deve oferecer uma mama, esperar que o bebé a ligue espontaneamente e a seguir oferecer a outra.

Referências bibliográficas:

- Leão, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Amigos dos Bebés.

- World Health Organization (WHO). (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO. Consultado em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/20665/14117>.

2

Em que posições posso amamentar?

- Antes de amamentar o seu bebé lave bem as mãos.
- Pode amamentar em várias posições. O que é essencial é estar confortável e relaxada.
- Qualquer posição que escolha é importante que:
 - O corpo do bebé esteja alinhado
 - O nariz fique de frente para o mamilo
 - O queixo do bebé permaneça perto da mama
 - O corpo do bebé esteja apoiado pelo menos na cabeça e nádegas.



Fonte: <http://www.compartamentozinho.com.br>



Fonte: <http://www.amaed.org.br>

Referência bibliográfica:

- Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (1997). *Atenuando a Amamentação: Um Curso de Treino*. GENEVA: UNICEF.

3

Como coloco o bebé à mama?

- Antes de amamentar o seu bebé lave bem as mãos.
- O bebé deve estar acordado.
- Toque com o mamilo nos lábios do bebé e espere que fique com a boca bem aberta.
- Aproxime o bebé à mama de forma a que o mamilo e grande parte da aréola fiquem dentro da boca do bebé.



Fonte: adaptado de www.amaed.org.br

- Se sentir necessidade pode segurar a mama colocando a mão em forma de "c":

- Os 4 dedos apoiando a parte de baixo da mama
- O dedo polegar acima da aréola
- Os dedos não devem estar próximos do mamilo para não bloquear a saída de leite.



Fonte: <http://imgprojetolabdominal.com.br/amaed.org.br>

Referência bibliográfica:

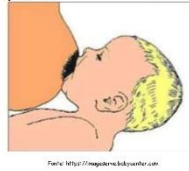
- Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (1997). *Atenuando a Amamentação: Um Curso de Treino*. GENEVA: UNICEF.

4

Será que o meu bebé está a agarrar corretamente na mama?

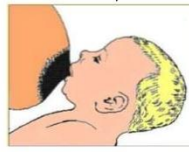
- O bebé está bem adaptado à mama quando:

- A boca está bem aberta
- O lábio inferior está virado para fora
- O queixo toca ou está quase a tocar a mama
- É mais visível a aréola acima do que em baixo.



- O bebé não está a agarrar corretamente a mama quando:

- A boca não está bem aberta
- Os lábios estão virados para dentro
- O queixo está longe da mama
- Apenas o mamilo está dentro da boca.



Se tiver dificuldades ou dúvidas fale com a equipa de Enfermagem.

Referências bibliográficas:

- Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (1997). *Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treino*. OMS/UNICEF.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO. Obtido em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.

5

O meu bebé ficou internado. Como vou amamentá-lo?

- O leite materno é adequado para bebés doentes ou que nasceram prematuros (antes das 37 semanas de gravidez).

- Se o bebé pode mamar:

- Amamente-o sempre que estiver na Unidade.

- Se o bebé não pode mamar ou quando não está junto dele:

- Extraia o seu leite
- Conserve-o no frigorífico ou congelador para depois ser dado ao bebé.
- Extraia o seu leite idealmente com a frequência e quantidade que o bebé mamaria, incluindo durante a noite, para recipientes esterilizados
- Identifique os recipientes esterilizados com a data de recolha.



Referências bibliográficas:

- Levy, L., & Bérubé, H. (2012). *Manual de Aleitamento materno*. Camêlé Portugal para a UNICEF, Conselho Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (1997). *Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treino*. OMS/UNICEF.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO. Obtido em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.

6

Que cuidados devo ter com as mamas?

- Lave, durante a higiene diária apenas com água, para evitar remover os óleos naturais que lubrificam a aréola e o mamilo.

- Não é necessário lavar a aréola ou o mamilo antes da amamentação.

- Após o banho e depois de amamentar:

- Extraia algumas gotas de leite materno
- Aplique na aréola e no mamilo
- Deixe secar ao ar.

- Use soutien confortável, sem aros nem costuras.

- Se usar discos de amamentação, substitua-os frequentemente, sempre que se encontrem húmidos.



Se tiver dor ao amamentar ou se notar alguma alteração na mama ou mamilo fale com o Enfermeiro ou Médico.

Referências bibliográficas:

- RPA. *Centros de Saúde*. (s.d.). Para profissionais de saúde. Obtido em 26 de setembro de 2018, de <http://amamentar.med.cesarsaude.net/profissionaisdeSaude/C378Ado/Artesanag/C37833amamentar/curso/segunda/230/Default.aspx>.
- Jacobs, A., Alkhouli, M., Becker, K., Bitt, D., Guterman, S., Dresner, R., ... Winkler, A. (2013). *33-Guidelines for the Treatment of Telformetry Breast Disease during the Lactation Period*. *ABRNF Guidelines Registry*. N0.05/07. (short version). *SelfPro Science*. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-136015>.
- Levy, L., & Bérubé, H. (2012). *Manual de Aleitamento materno*. Camêlé Portugal para a UNICEF, Conselho Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (1997). *Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treino*. OMS/UNICEF.
- Rowley, P. S., Li, P., Green, C., Bender, T. M., Yang, S., Ballie, A., ... Alder, G. M. (julho de 2017). *Association Between Breast Milk Bacterial Communities and Establishment and Development of the Infant Gut Microbiome*. *JAMA Pediatrics*, 647-654. doi: [10.1001/jamapediatrics.2017.0376](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0376).

7

O que posso comer?

- Pode comer todo o tipo de alimentos.

- Tenha uma alimentação saudável e equilibrada.

- Não consuma bebidas alcoólicas ou drogas porque passam para o leite materno.

- Modere o consumo de alimentos que contenham cafeína como o café, chá verde ou preto ou refrigerantes à base de cola pois pode provocar no bebé irritabilidade e problemas com o sono.

- Antes de tomar algum medicamento informe-se com os profissionais de saúde se são compatíveis com a amamentação.



Referências bibliográficas:

- Agilim, G. (s.d.). Obtido em 25 de setembro de 2018, de <http://www.e-lactancia.org/>.
- Levy, L., & Bérubé, H. (2012). *Manual de Aleitamento materno*. Camêlé Portugal para a UNICEF, Conselho Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO. Obtido em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.

8

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais



Realizado por:

- Josefina Lopes - Estudante Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por:

- Prof. Doutora M^{te} Antónia Chora
- [Redacted] - Mestre em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



Unidade de Cuidados Especiais Neonatais



Realizado por:

- Josefina Lopes - Estudante Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por:

- Prof. Doutora M^{te} Antónia Chora
- [Redacted] - Mestre em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



Apêndice III – Plano da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”

Tema da Ação: Boas práticas em Aleitamento Materno			
Data: a definir	Formadoras: Josefina Lopes	Público-Alvo: Enfermeiros Serviço de Ped	
Duração da Sessão: 30min			
Objetivo Geral da sessão: Relembrar a importância do aleitamento materno como fator promotor de saúde.			
Objetivos Específicos da sessão: <ul style="list-style-type: none">• Relembrar os benefícios do aleitamento materno;• Reforçar conhecimentos sobre boas práticas durante o aleitamento materno;• Reforçar conhecimentos sobre extração e conservação do aleitamento materno em contexto hospitalar.			
Conteúdos Programáticos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didáticos	Tempo em minutos
- Apresentação do tema e formador - Apresentação dos objetivos da sessão	Ativo	Computador;	2 minutos
-Características do leite materno; -Contraindicações do aleitamento materno; - Benefícios do aleitamento materno para a criança/mãe/família, sociedade e ambiente; - A importância do enfermeiro no apoio ao aleitamento materno; - O aleitamento materno e a alimentação materna; - O aleitamento materno e a atividade física; - Como amamentar e cuidados às mamas; - Extração e conservação do leite materno	Expositivo	Diapositivos; Projetor;	18 minutos
- Síntese e Conclusão da Sessão - Esclarecimento de dúvidas - Aplicação de questionário para avaliação da sessão e dos conteúdos.	Ativo/Interrogativo	Questionário de avaliação de conhecimentos	10 minutos

Apêndice IV- Ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”



Objetivos

Geral:

- Relembrar a importância do aleitamento materno como fator promotor de saúde.

Específicos:

- Relembrar os benefícios do aleitamento materno;
- Reforçar conhecimentos sobre boas práticas durante o aleitamento materno;
- Reforçar conhecimentos sobre extração e conservação do aleitamento materno em contexto hospitalar.

O Aleitamento Materno

O leite materno é um alimento completo que contém todos os nutrientes que a criança necessita, modificando a sua composição e adaptando-se às necessidades nutricionais que ocorrem com o crescimento (DGS, [SD]).

A OMS recomenda:

Amamentação em exclusivo até aos 6 meses

Manter o aleitamento materno até aos 2 anos ou mais
(WHO, 2017).

Contraindicações do aleitamento materno

Definitivas:

- Vírus T-linfotrópico humano
- VIH

* (Eidelman & Schanler, 2012; Franco, Castilho, Graça, & Marque, 2018)

. Criança com doenças metabólicas como a galactosemia (Levy & Bértolo, 2012)

Contraindicações do aleitamento materno

Temporárias

Herpes com lesões mamárias

Varicela

Tuberculose (Levy & Bértolo, 2012; Eidelman & Schanler, 2012; Franco, Castilho, Graça, & Marque, 2018)

Gripe H1N1 (Eidelman & Schanler, 2012)

Doença de Lyme

Mastite/abcesso por *Staphylococcus aureus*

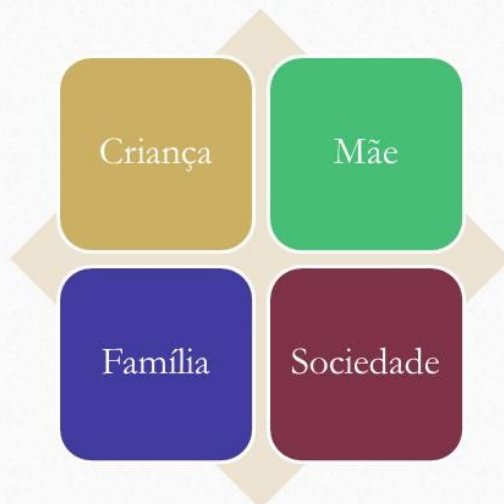
Sífilis (Franco, Castilho, Graça, & Marque, 2018).

Consumo de drogas como cocaína, canábis (Eidelman & Schanler, 2012)

Medicamentos prejudiciais à criança (Levy & Bértolo, 2012)

- Duvidas sobre fármacos consultar:
 - e-lactancia.org (www.e-lactancia.org) ou LactMed (www.toxnet.nlm.nih.gov) (DGS, [SD])

Vantagens do Aleitamento Materno



Vantagens do Aleitamento Materno

Composição do leite materno:

Elementos anti-infecciosos:

- Glóbulos brancos;
- Imunoglobulinas;
- Proteínas: lisozima e lactoferrina;
- Oligossacarídeos; (WHO, 2009)
- Enzima lipase (Mannel, Martens, & Walker, 2011).

Hormonas (Mannel, Martens, & Walker, 2011)

Fatores de crescimento

(Mannel, Martens, & Walker, 2011)

Ácidos gordos de cadeia longa (WHO, 2009)

Vantagens do Aleitamento Materno

Vantagens do Aleitamento Materno

CRIANÇA

Diminuição do risco de:

- **Obesidade** (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012; Horta & Victora, 2013)
- **Gastroenterite, infeções respiratórias, otite média, asma, dermatite atópica e eczema, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, leucemia** (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012)
- **Diabetes tipo II, hipertensão arterial** (WHO, 2009; Horta & Victora, 2013)
- **Enterocolite necrosante, síndrome de morte súbita, e linfoma** (Eidelman & Schanler, 2012)

Criança

O Colostro tem efeito laxante, ajudando a expelir o mecónio

(OMS & UNICEF, 1997)

Maior desenvolvimento cognitivo

(WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012; Horta & Victora, 2013)

Pode contribuir para um sono noturno mais prolongado

(Engler, Hadash, Shehadeh, & Pillar, 2011)

Maior aceitação dos alimentos aquando da introdução alimentar

(Mannell, Martens, & Walker, 2011)

Vantagens do Aleitamento Materno

Vantagens do Aleitamento Materno

Mãe



Diminuição do risco de:

- Hemorragia pós parto (WHO, 2009)
- Neoplasia da mama e ovário (WHO, 2009; Eidelman & Schanler, 2012)
- Diabetes mellitus tipo II, hipertensão, doença cardiovascular (Eidelman & Schanler, 2012; Louis-Jacques & Smebe, 2018)
- Artrite reumatoide, dislipidemia. (Eidelman & Schanler, 2012)

Mãe

- Promove a vinculação (OMS & UNICEF, 1997)
- Ajuda na recuperação do peso (Mannell, Martens, & Walker, 2011; Eidelman & Schanler, 2012)
- Protege de uma nova gravidez
- A ação da ocitocina reduz o stress e induz o relaxamento
- Ação da prolactina provoca relaxamento e sonolência (WHO, 2009)

Vantagens do Aleitamento Materno

Família:

- É gratuito;
- Diminui despesas;
- Poupa tempo.

(Campos, 2007)

Sociedade:

- Diminui o absentismo dos pais;
- Reduz despesas com a saúde infantil;
- Reduz, a longo prazo, despesas com as doenças crónicas;
- É ecológico

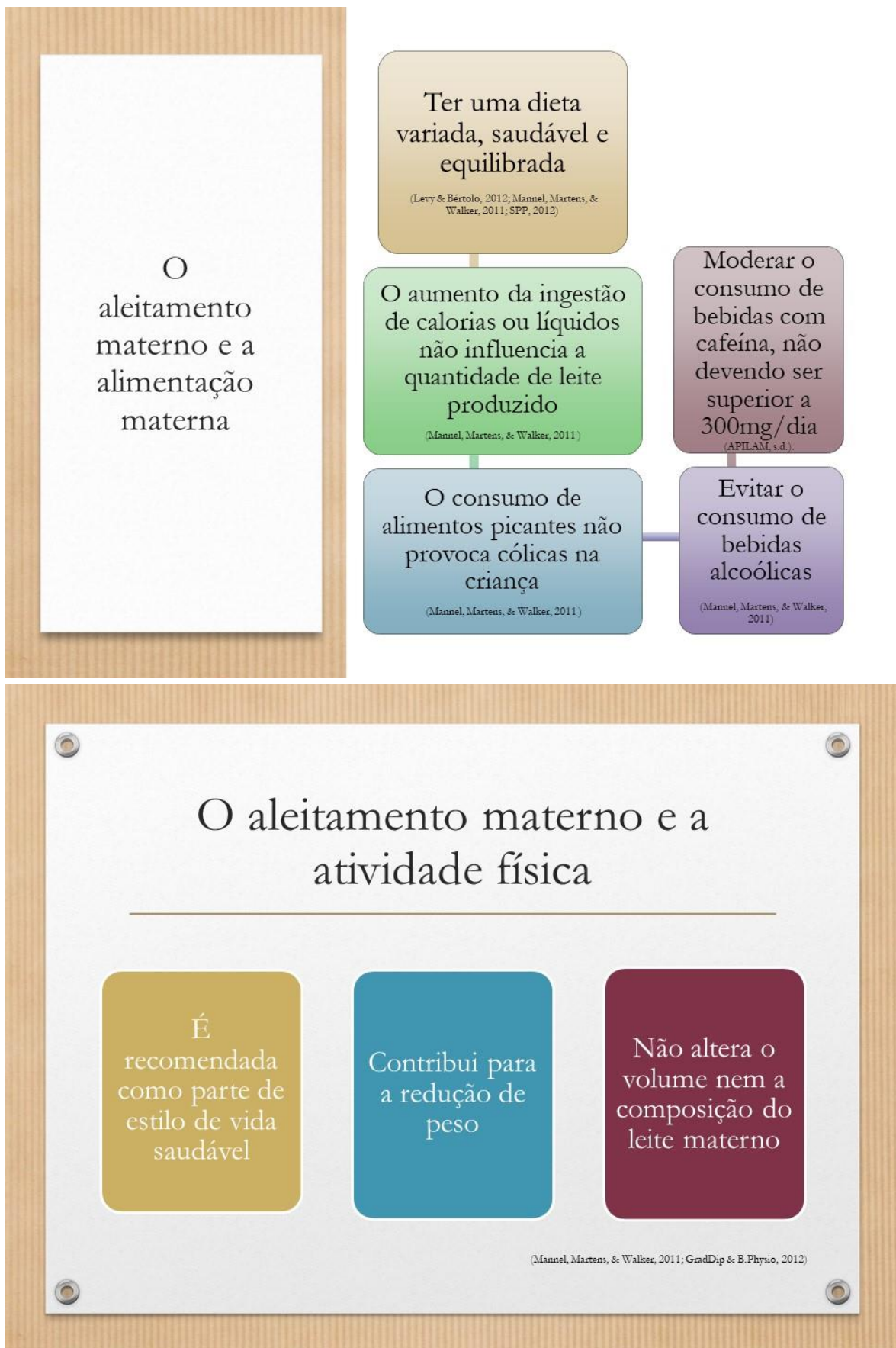
(Campos, 2007).

A importância do enfermeiro no apoio ao aleitamento materno

Os enfermeiros são um grupo profissional indispensável na promoção do aleitamento materno



O suporte emocional e o apoio concreto prestado promovem o sucesso do aleitamento materno assim como a formação específica na área (curso de aconselhamento em aleitamento materno) traduz um suporte mais eficaz. (Miranda, Zangão, & Rizzo, 2017)



Como amamentar

Incentivar a lavagem das mãos
antes de amamentar

A mãe deve amamentar numa
posição confortável

Oferecer uma mama, esperar que o
bebé a esvazie e a largue
espontaneamente, e a seguir
oferecer a outra.

WHO, 2009

Cuidados a ter durante a amamentação

A higiene da
mama apenas
com água e no
banho diário

(OMS e UNICEF, 1997; Levy & Bértolo, 2012; Jacobs, et al., 2013)

Sabonetes e gel de duche
eliminam os óleos naturais
produzidos pelas glândulas
de Montgomery que
hidratam e protegem os
mamilos

(Jacobs, et al., 2013).

Após o
banho e
depois de
amamentar:

Extrair algumas
gotas de leite
materno, aplicar
na aréola e no
mamilo e deixar
secar ao ar

(Levy & Bértolo, 2012; Jacobs, et al., 2013).

Discos de
amamentação
devem ser
substituídos sempre
que se encontrem
húmidos.

(Jacobs, et al., 2013)

Extração e conservação do leite materno

Antes de iniciar a extração lavar as mãos e estimular o reflexo da ocitocina

(OMS & UNICEF, 1997; WHO, 2009)

Extração manual ou mecânica

A mãe deve ser instruída a usar máscara, se apresentar infecção respiratória

Armazenar o leite materno em recipientes de vidro ou plástico até máximo de $\frac{3}{4}$ da sua capacidade

(DGS, 2013)

Extração e conservação do leite materno

No domicílio: não é necessário desperdiçar as primeiras gotas de leite materno

(Eglash & Simon, 2017)

Em contexto hospitalar:

- Desperdiçar as primeiras gotas de leite materno;
- Utilizar 1 Kit de extração esterilizado por cada colheita;
- Fornecer material esterilizado necessário para cada colheita a realizar no domicílio.

DGS, 2013

Extração e conservação do leite materno

Conservação do leite materno em contexto hospitalar

Leite refrigerado (0-4°)	48 horas
Leite congelado (-20°)	6 meses
Leite congelado (não garantindo temperatura -20°)	2 a 3 semanas

Descongelação de Leite materno

Dentro do frigorífico (0-4°)	24 horas
À temperatura ambiente	1 hora

Fonte: DGS, 2013

Aquecimento do leite materno

Não usar micro-ondas nem banho-maria

Colocar sob água morna corrente ou num recipiente com água morna (max.40°)

(DGS, 2013; Eglash & Simon, 2017)

Para transporte de leite materno usar saco térmico com termoacumulador, máximo por 24h

(Eglash & Simon, 2017)

Extração e conservação do leite materno

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O leite materno é um alimento gratuito, adequado, com inúmeras vantagens para a criança, mãe, família e sociedade, pelo que é fulcral que os enfermeiros o promovam e apoiem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna [APILAM]. (s.d.). Obtido em 25 de setembro de 2018, de e-lactancia: <http://www.e-lactancia.org/>
- * Campos, I. (2007). *Aleitamento Materno* (Vol. 18). Alíquotas: Quêdara.
- * Deoni, S., III, D. D., Piryatinsky, I. O., Muircheamigh, J., Wasikiewicz, N., Lehman, K., . . . Dicks, H. (15 de novembro de 2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neurology*, 82, 77-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jneuroimage.2013.05.090>
- * Direção Geral de Saúde [DGS]. (SD). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Obtido em 27 de agosto de 2018, de Direção Geral de Saúde: <http://www.saude.reprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno/rede-de-cunhos-de-aleitamento.aspx>
- * Direção Geral de Saúde [DGS]. (20 de dezembro de 2013). Orientação nº018. Obtido em 24 de outubro de 2018, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/directizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-infantis/orientacao-n-0182013-de-20122013.aspx>
- * Eglash, A., & Simon, L. (2017). BM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi:10.1089/bfm.2017.29047.a1e
- * Eidelman, A. I., & Schunler, R. J. (3 de março de 2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129, e827-e841. doi:10.1542/peds.2011-3552
- * Engler, A. C., Hadash, A., Shehadeh, N., & Pillar, G. (29 de dezembro de 2011). Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: Potential role of breast milk melatonin (E. J. Pediatrics, Ed.). pp. 729-732. doi:DOI10.1007/s00431-011-1659-3
- * Gomes, A. (2008). Aleitamento materno e medicamentos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 221-222. Obtido em 24 de outubro de 2018, de actapediatrica.spp.pt/artide/viewFile/4608/3445
- * GradDip, K. M., & B Phyu, R. K. (novembro de 2012). Exercise and Breastfeeding. (A. B. Association, Ed.), 20(3), pp. 39-42. Obtido em 2 de agosto de 2018
- * Jacobs, A., Abou-Dakn, M., Becker, K., Both, D., Gittermann, S., Gressen, R., . . . Wöckel, A. (2013). S3-Guidelines for the Treatment of Inflammatory Breast Disease during the Lactation Period AWMF Guidelines, Registry No.015/071 (short version). *GefMa Science*. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1360115>
- * Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés.
- * Louis-Jacques, A., & Stuebe, A. (julho de 2018). Long-term maternal benefits of breastfeeding. pp. 26-29. Obtido em agosto de 2018
- * Mammel, R., Martins, P. J., & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Conselheiros de Lactação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- * Miranda, L., Zungu, O., & Russo, S. (abril de 2017). O Papel do Enfermeiro no Sucesso para o Aleitamento Materno. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), pp. 853-868. doi:<http://dx.doi.org/10.24902/riase.2017.3%281%29.854>
- * Organização Mundial de Saúde [OMS] e Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF]. (1997). *Aconselhamento em Alimentação: Um Curso de Treino*. OMS/UNICEF.
- * Panuza, P. S., Li, P., Cerini, C., Bender, J. M., Yang, S., Rollie, A., . . . Aldr, G. M. (julho de 2017). Association Between Breast Milk Bacterial Communities and Establishment and Development of the Infant Gut Microbiome. *JAMA Pediatrics*, 647-654. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0378
- * Steele, C. (3 de Setembro de 2018). Best Practices for Handling Administration of Expressed Human Milk for Hospitalized Preterm Infants. *Frontiers in Nutrition*, 5, 1-5. doi:10.3389/fnut.2018.00076
- * Truchet, S., & Houvo-Houeto, E. (agosto de 2017). Physiology of milk secretion. (E. Ltd, Ed.). *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 367-384. doi:<https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.008>
- * World Health Organization [WHO]. (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO. Obtido em 7 de julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>
- * World Health Organization [WHO]. (agosto de 2017). *World Health Organization*. Obtido em 24 de abril de 2018, de <http://www.who.int/features/inf/files/breastfeeding/en/>

“Amamentar é promover a vida e a saúde e melhorar a sua qualidade, é intensificar as relações sociais, é um resgate cultural da condição humana, é segurança alimentar e nutricional, é reduzir impactos ambientais, é sustentável” (Anónimo, [SD] como citado em Serviço Nacional de Saúde, 2016).



**Apêndice V- Questionário de avaliação de conhecimentos da ação de formação:
“Boas Práticas em Aleitamento Materno”**

Boas Práticas em Aleitamento Materno

Questionário de avaliação de conhecimentos

Classifique as seguintes afirmações como verdadeiro ou falso.

- 1- A OMS recomenda o aleitamento materno apenas até aos 2 anos. **V F**
- 2- Em Portugal, ser portador de VIH constitui uma contraindicação definitiva para o aleitamento materno. **V F**
- 3- Ao praticar atividade física a produção de leite diminui. **V F**
- 4- As crianças amamentadas têm maior desenvolvimento cognitivo. **V F**
- 5- As intervenções de enfermagem não influenciam o sucesso do aleitamento materno. **V F**

Selecione a opção correta:

- 6- A mulher que amamenta deve:
 - a) Ter uma dieta saudável, variada e equilibrada
 - b) Aumentar a ingestão de líquidos
 - c) Ambas as afirmações estão corretas
- 7- Uma das vantagens do aleitamento materno para a criança é:
 - a) Diminuição do risco de gastroenterites, infeções respiratórias e diabetes tipo I
 - b) Diminuição do risco de leucemia e linfoma
 - c) Ambas as afirmações estão corretas
- 8- Para a mãe, as vantagens do aleitamento materno são:
 - a) Diminuição do risco de leucemia
 - b) Promove a vinculação mãe-filho
 - c) Ambas as afirmações são falsas
- 9- A higiene da mama deve:
 - a) Ser realizada sempre antes de amamentar a criança
 - b) Ser realizada diariamente com gel de banho ou sabão
 - c) Ambas as afirmações são falsas
- 10- Para a extração e conservação do leite materno em contexto hospitalar:
 - a) Deve-se usar 1 kit esterilizado para cada extração
 - b) Para aquecer o leite materno deve-se colocar sob água morna corrente ou num recipiente com água morna (max.40°)
 - c) Ambas as afirmações estão corretas

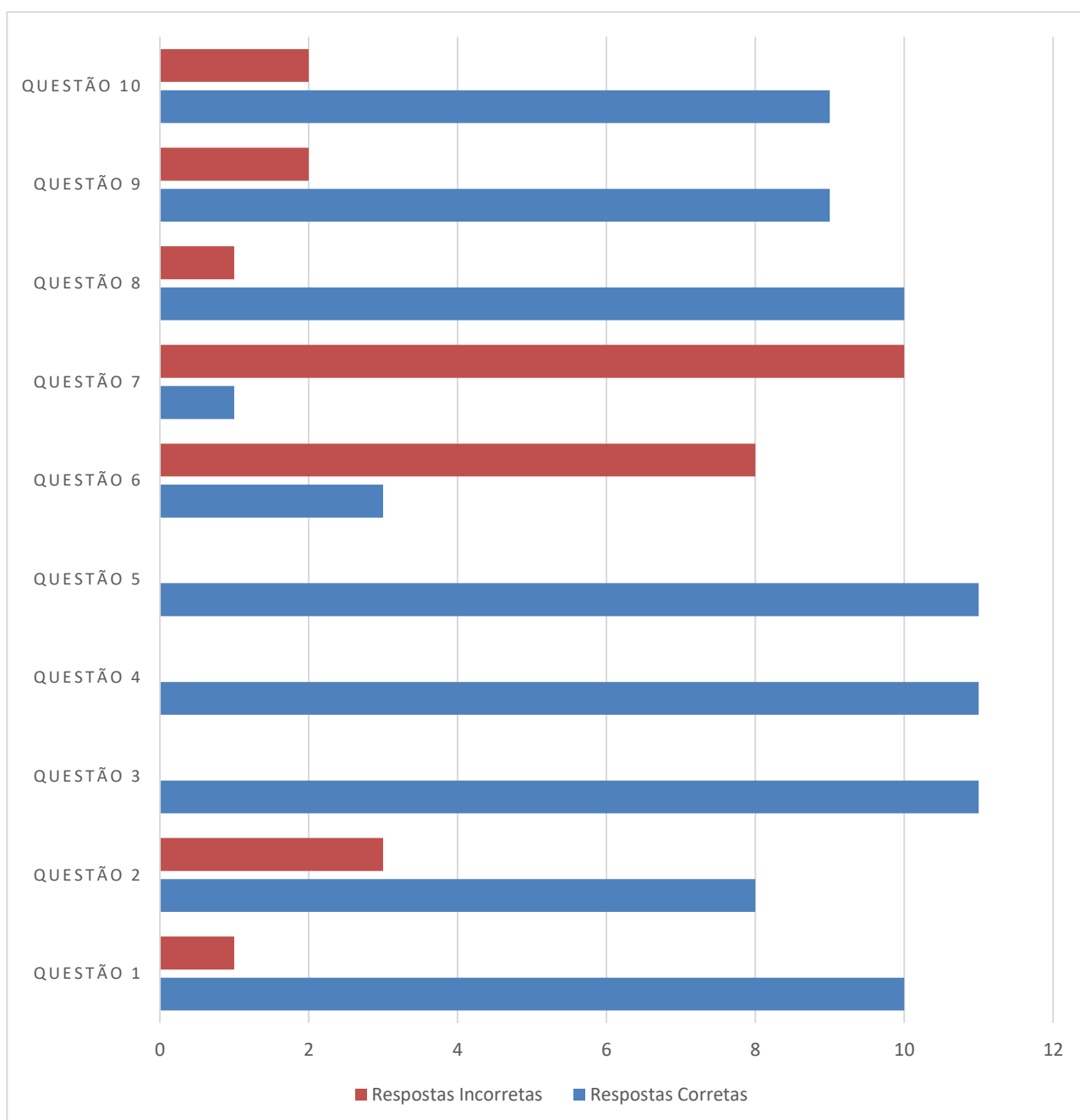
Obrigado pela sua colaboração

**Apêndice VI- Resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos da
ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”**

Resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”

Número de formandos: 11

Gráfico 1-Resultado dos questionários de avaliação de conhecimentos da ação de formação: "Boas Práticas em Aleitamento Materno"



**Apêndice VII – Resultado dos questionários de avaliação da ação de formação:
“Boas Práticas em Aleitamento Materno”**

Resultado do questionário de avaliação da ação de formação: “Boas Práticas em Aleitamento Materno”

Número de formandos: 11

Gráfico 2- Resultado dos questionários de avaliação do formando na ação de formação: "Boas Práticas em Aleitamento Materno"

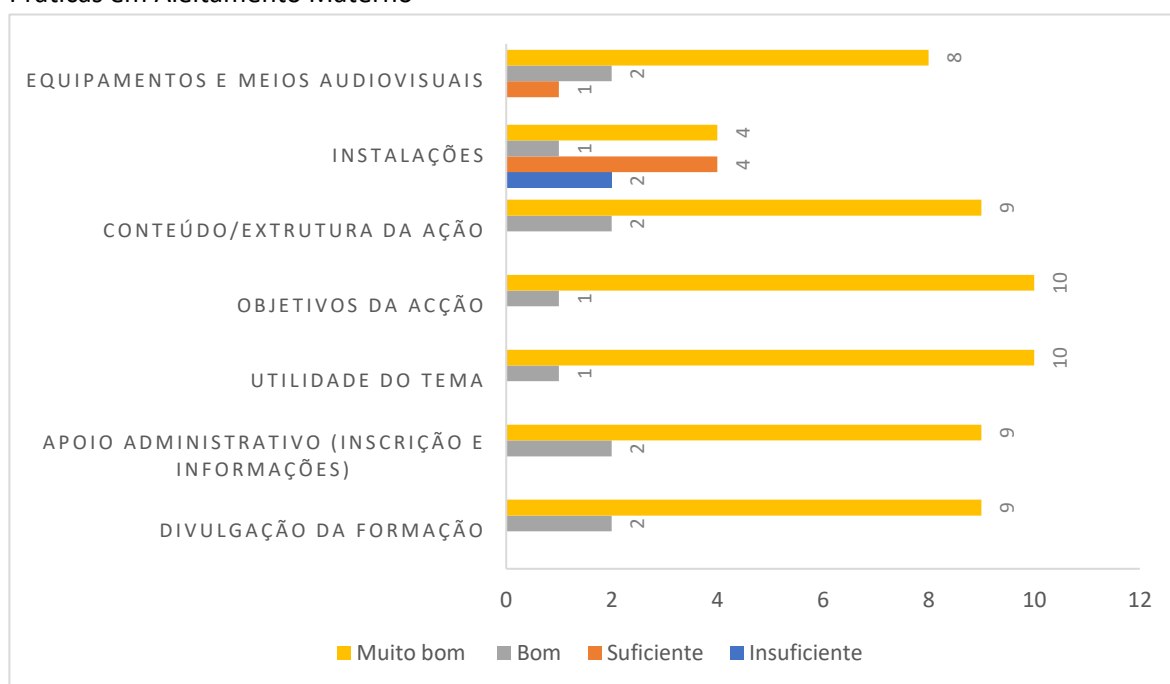
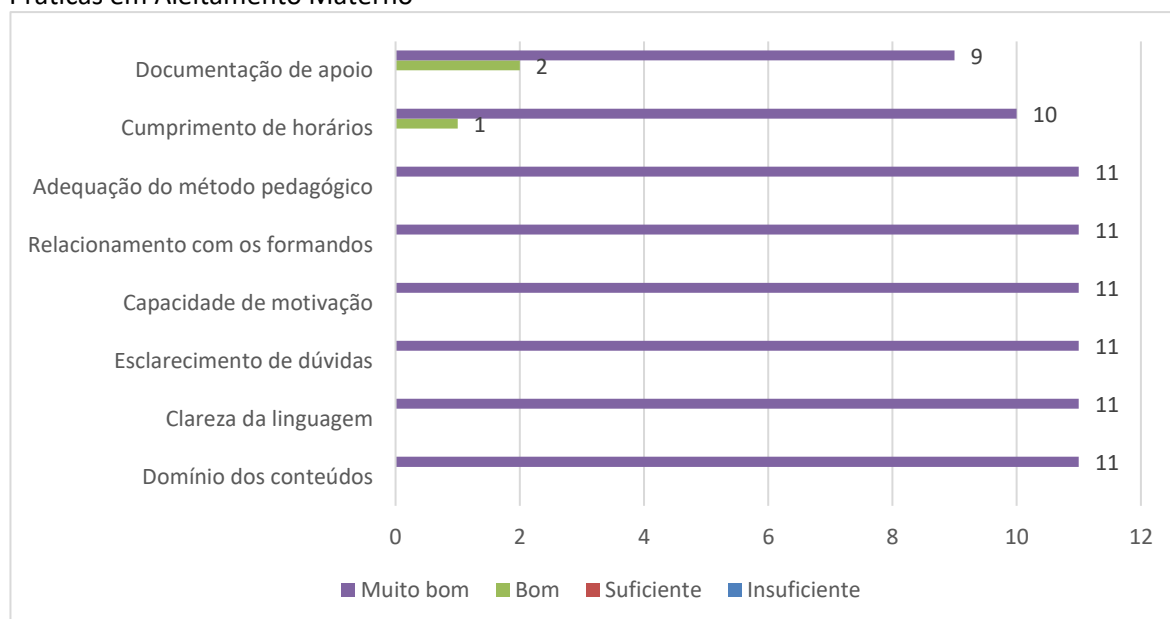


Gráfico 3- Resultado dos questionários de avaliação do formando na ação de formação: "Boas Práticas em Aleitamento Materno"



**Apêndice VIII- Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na
Consulta de Saúde Infantil e Juvenil**

NORMA DE PROCEDIMENTO EM ENFERMAGEM: O Foco Amamentar na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

NORMA DE PROCEDIMENTO EM ENFERMAGEM
O Foco Amamentar na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

OBJETIVOS

Uniformizar os ensinamentos a realizar durante as consultas de enfermagem do recém-nascido [RN]/lactente alimentado com leite materno.

Uniformizar os registos de enfermagem relativos ao foco amamentação no programa Scínico®.

ÂMBITO

O leite materno é um alimento completo cuja composição se modifica e adapta às necessidades nutricionais que ocorrem com o crescimento⁽¹⁾. A Organização Mundial de Saúde [OMS] recomenda-o em exclusivo até aos 6 meses (180 dias) e mantê-lo pelo menos até aos 2 anos⁽²⁾, salvaguardando sempre o adequado aumento de peso do RN/lactente⁽³⁾.

A promoção do aleitamento materno é um dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, devendo os cuidados e ensinamentos descritos neste procedimento iniciar na primeira consulta de enfermagem, dando continuidade nas consultas seguintes.

PROCEDIMENTO

Este procedimento teve como base as intervenções e os diagnósticos de enfermagem sugeridos no programa Scínico® usado na unidade, recorrendo à terminologia CIPE, e cumprindo as 5 etapas do processo de enfermagem.

Na primeira consulta de enfermagem

Realizar a apreciação inicial:

- Avaliar conhecimento sobre o amamentar, se **demonstra** ou **não demonstra** conhecimento sobre:

**Apêndice X-Plano da Ação de Formação: Norma de Procedimento em
Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil**

Tema da Ação: Norma de procedimento - O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil			
Data: 16/01/2019		Formadoras: Josefina I	Público-Alvo: Enfermeiros que realizam a consulta de e de saúde Infantil
Duração da Sessão: 30min			
Objetivo Geral da sessão: Apresentar a norma de procedimento - O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil			
Objetivos Específicos da sessão: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar o fluxograma de atuação;• Descrever os ensinamentos a realizar durante a consulta			
Conteúdos Programáticos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didáticos	Tempo em minutos
- Apresentação do tema e formador - Apresentação dos objetivos da sessão	Ativo	Computador; Dispositivos;	2 minutos
- Breve caracterização do aleitamento materno - Apresentação de toda a apreciação inicial, diagnósticos e intervenções sugeridas pelo programa Sclínico® relativamente ao foco Amamentar - Apresentação do fluxograma de atuação a realizar durante as consultas de enfermagem - Descrição dos ensinamentos a realizar - Apresentação dos folhetos elaborados - Apresentação do poster elaborado	Expositivo	Fluxograma total sugerido pelo programa Sclínico® impresso em formato A3 Fluxograma final definido para a norma impresso em formato A4 Folhetos e poster impresso em formato A4	21 minutos
- Esclarecimento de dúvidas - Aplicação de questionário para avaliação da sessão	Ativo/Interrogativo	Questionário de avaliação da sessão	7 minutos

Apêndice XI- Ação de formação: Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil



Objetivos



■ Geral:

- *Apresentar a norma de procedimento - O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil*

■ Específicos:

- *Descrever fluxograma de atuação;*
- *Descrever ensinios a realizar*

O Aleitamento Materno

O leite materno é um alimento completo cuja composição se modifica e adapta às necessidades nutricionais que ocorrem com o crescimento (DGS, ISD)

A OMS recomenda-o em exclusivo até aos 6 meses (180 dias) e mantê-lo pelo menos até aos 2 anos (WHO, 2006)

Salvaguardando sempre o adequado aumento de peso do RN/lactente (Leroy & Beliz, 2006)

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil

Norma de procedimento

■ Objetivos:

- *Uniformizar os ensinamentos a realizar durante as consultas de enfermagem do RN/lactente alimentado com leite materno.*
- *Uniformizar os registos de enfermagem relativos ao foco amamentar no programa Sclinico®.*

O Foco Amamentar



O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar mãe e (ou) pai sobre aleitamento materno

- Duração
- Vantagens do aleitamento materno para a criança
- Vantagens do aleitamento materno para a mãe

Ensinar mãe e (ou) pai sobre o mamar

- Como colocar o RN à mama
- Sinais de pega correta/incorrecta

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar mãe e (ou) pai sobre sinais de fome e saciedade

Ensinar sobre amamentar

- *Frequência e duração das mamadas*
- *Posicionamento da mãe e do RN/lactente durante a amamentação*
- *Como amamentar*

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar sobre
ingurgitamento
mamário

- Definição
- Sinais e sintomas
- Prevenção

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar sobre
lactação

- Como é produzido o leite materno
- Volume e composição do leite materno

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar sobre prevenção da maceração

- Cuidados de higiene
- Cuidados após amamentar
- Como evitar traumatismo do mamilo

Ensinar sobre prevenção da mastite da lactação

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Instruir a extrair o leite

- Cuidados a ter antes de iniciar a extração
- Extração manual
- Extração mecânica
- Como armazenar e conservar o leite materno
- Como aquecer e descongelar leite materno

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar a mãe
e (ou) o pai
sobre o choro

Ensinar sobre
ingestão
nutricional

- Alimentação
- Alimentos a evitar/reduzir

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil
Norma de procedimento

Ensinos

Instruir a
autovigilância
da mama

Instruir a
técnica de
massagem da
mama

O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil Norma de procedimento

Ensinos

Ensinar sobre tratamento do ingurgitamento da mama

- Aplicação de quente
- Massagem
- Aplicação de frio
- Administração de analgésicos

Instruir a aplicar gelo

Folhetos

ALEITAMENTO MATERNO

Como amamentar?

⇒ Antes de amamentar lave bem as mãos.

⇒ O bebé deve estar acordado.

⇒ A amamentação deve ter horário livre, sempre que o bebé manifestar sinais de fome: fica inquieto, leva as mãos à boca e chupa-as, gira a cabeça e abre bem a boca como se procurasse algo.

⇒ O choro é um sinal tardio de fome. O bebé chora por vários motivos como desconforto por frio/calor, pela fralda suja ou necessidade de colo.

⇒ Pode amamentar em várias posições, o importante é estar confortável. O corpo do bebé deve estar direito e apoiado pelo menos na cabeça e nádegas de forma a que o nariz fique de frente para o mamilo.

⇒ Verifique a pega. A pega correta garante que o bebé extraia o leite que necessita e previne o traumatismo do mamilo.

Pega correta:

- Boca bem aberta
- Labio inferior virado para fora
- Queixo toca a mama
- Grande parte da aréola não está visível

⇒ Ofereça uma mama, espere que o bebé a sorva e largue espontaneamente e a seguir oferecer a outra.

⇒ Inicie a próxima mamada pela mama que o bebé não mamou na última refeição, ou pela que mamou.

⇒ A duração da mamada é variável. O bebé estará a mamar enquanto sugar e engolir.

⇒ Se sente necessidade pode segurar a mama colocando a mão em forma de "c".

⇒ Os dedos não devem fazer muita pressão para não bloquear a saída de leite.

⇒ Para uma produção de leite adequada, nas primeiras semanas é muito importante amamentar várias vezes, incluindo durante a noite. Deve ter períodos para descansar/relaxar.

⇒ Se o bebé aumenta adequadamente de peso então o leite materno é o suficiente.

Elaborado por: [ilustração de uma mulher a amamentar]

Revisado por: [ilustração de uma mulher a amamentar]

Atualizado por: [ilustração de uma mulher a amamentar]

© 2019. Todos os direitos reservados. Não é permitida a reprodução total ou parcial sem a autorização expressa da Direção Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Folhetos

CUIDADOS A TER COM AS MAMAS

⇒ Lave, durante a higiene diária apenas com água, para evitar remover os óleos naturais que lubrificam a aréola e o mamilo.

⇒ Não é necessário lavar a aréola ou o mamilo antes de amamentar.

⇒ Após o banho e depois de amamentar:

- Extraia algumas gotas de leite materno
- Aplique na aréola e no mamilo
- Deixe secar ao ar.



⇒ Use soutien confortável, sem aros nem costuras que não exerça pressão na mama.

⇒ Se usar discos de amamentação, substitua-os frequentemente, sempre que se encontrem húmidos.

⇒ Para evitar o traumatismo do mamilo, se necessário interromper a mamada, introduzir com suavidade um dedo na boca do RN/lactente parando assim a sucção.



Se tiver dificuldades, dor ao amamentar ou se notar alguma alteração na mama ou mamilo fale com o Enfermeiro

Realizado por: Ana Rita Lopes, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Revisado por: [Redacted], Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Elaborado por: [Redacted], Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Folhetos

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

O que é?

É um problema frequente, provocado por excesso de leite na mama ocorre geralmente entre o 3º e o 5º dia após o parto.

Quais os sintomas?

- ⇒ A mama fica volumosa, dura, dolorosa e com a pele brilhante.
- ⇒ Pode surgir febre durante 24h.
- ⇒ Os mamilos podem ficar rasos o que poderá dificultar a pega

Como prevenir?

- ⇒ Esvaziar a mama a cada mamada.
- ⇒ Garantir que o bebé faça uma pega correta.



Como tratar?

- 1) Aplicar compressas com água quente.
- 2) Massajar a mama.
- 3) Depois amamentar ou extrair o leite.
- 4) No final de amamentar ou de extrair o leite aplicar, gelo protegido ou compressas frias por 2 períodos de 5 minutos, com intervalo de 2 minutos

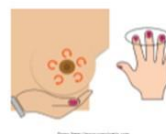
⇒ Se o bebé apresentar dificuldade em adaptar-se à mama, extrair leite manualmente ou com bomba extratora para facilitar a pega.

⇒ Aumentar a frequência das mamadas.

⇒ Pode tomar analgésicos como o paracetamol ou ibuprofeno para alívio da dor.

Como massajar a mama?

⇒ Com o nó ou ponta dos dedos massajar suavemente com movimentos circulares toda a mama, incluindo a aréola em direção ao mamilo.



Realizado por: Ana Rita Lopes, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Revisado por: [Redacted], Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Elaborado por: [Redacted], Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Folhetos

EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

Como extrair o leite materno?

- ⇒ Antes de iniciar lavar bem as mãos.
- ⇒ Estar confortável e relaxada. Pode tomar um banho ou colocar compressas com água morna nas mamas.
- ⇒ Se não poder estar junto ao bebé deve para uma fotografia dele pois facilita a saída do leite.
- ⇒ A extração pode ser manual ou mecânica, com uso de bombas extratoras.

Técnica da extração manual:

- ⇒ Colocar mão em posição de "C" com o polegar acima da aréola e indicador abaixo da mama, oposto ao polegar.
- ⇒ Pressionar a mama em direção à parede torácica.
- ⇒ Comprimir e aliviar a mama entre os dedos, repetindo a sequência.
- ⇒ Evitar deslizar os dedos pela mama e comprimir o mamilo.



Extração mecânica

- ⇒ Existem várias marcas e modelos de extratores de leite.
- ⇒ O cone do extrator deve estar adaptado ao tamanho da mama e permitir uma extração eficaz e sem desconforto.

Como conservar o leite materno?

- ⇒ Armazenar em recipientes apropriados
- ⇒ Identificar e colocar data e hora de recolha
- ⇒ Armazenar nas quantidades necessárias para cada refeição
- ⇒ Utilizar sempre o que tiver a data e hora mais antiga
- ⇒ Todos os utensílios reutilizáveis utilizados na recolha do leite materno devem:
 - ser desmontados
 - lavados com água e detergente e enxaguados adequadamente ou na máquina de lavar loiça
 - esterilizados depois de lavados.

Conservação do leite materno	
Leite a temperatura ambiente (16-20°C)	Tempo máximo de conservação
Leite a temperatura ambiente (16-20°C)	4h
Leite refrigerado (0-4°C)	4 dias
Leite congelado (-18°C)	6 meses
Descongelamento do leite materno	
Dentro do frigorífico (0-4°C)	24 horas
A temperatura ambiente	1 hora

- ⇒ Pode ser transportado durante 24h em bolsa isotérmica com termoacumulador.
- ⇒ Idealmente descongelar o leite materno lentamente no frigorífico para minimizar a perda de gordura.
- ⇒ Aquecer o leite materno sob água morna corrente ou num recipiente com água morna (máx. 40°C).
- ⇒ Não aquecer no micro-ondas nem em banho-maria.
- ⇒ O leite refrigerado ou descongelado deve ser agitado suavemente antes de oferecer ao bebé.



ALEITAMENTO MATERNO

Porquê é importante?

Benefícios

- Alimenta o bebé com leite materno exclusivo.
- Protege contra as infeções.
- Estimula o crescimento do bebé e desenvolve a sua saúde, incluindo a digestão, a imunidade e a capacidade de aprender.
- Estimula o crescimento do bebé e desenvolve a sua saúde, incluindo a digestão, a imunidade e a capacidade de aprender.
- Estimula o crescimento do bebé e desenvolve a sua saúde, incluindo a digestão, a imunidade e a capacidade de aprender.

Desvantagens

- Não é possível para todas as mulheres.
- Não é possível para todas as mulheres.
- Não é possível para todas as mulheres.
- Não é possível para todas as mulheres.
- Não é possível para todas as mulheres.

O leite materno

- É o melhor alimento para o bebé.
- É produzido pela mãe e contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé.
- É produzido pela mãe e contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé.
- É produzido pela mãe e contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé.
- É produzido pela mãe e contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé.

Como alimentar?

- Alimentar o bebé com leite materno exclusivo.
- Alimentar o bebé com leite materno exclusivo.
- Alimentar o bebé com leite materno exclusivo.
- Alimentar o bebé com leite materno exclusivo.
- Alimentar o bebé com leite materno exclusivo.

POSTER

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [illegible]

**Apêndice XII-Questionários de Avaliação Ação: Norma de Procedimento em
Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil**



Avaliação da ação formativa

Tema: O Foco Amamentar na consulta de enfermagem de saúde infantil

Local: 

Data: 16/01/2019

Duração: 30 minutos

A sua opinião é de extrema importância, permite-nos aferir a qualidade da formação ministrada e identificar aspetos a melhorar.

Assinale com uma cruz o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

	Discorda totalmente	Discorda	Não concordo nem discordo	Concorda	Concorda totalmente
O tema apresentado é útil para o seu desempenho.					
Os objetivos propostos foram alcançados.					
O conteúdo da ação correspondeu às suas expectativas.					
A duração da ação foi adequada.					
O método pedagógico foi adequado.					
O formador dominava os conteúdos.					
A linguagem utilizada foi clara.					
As dúvidas foram esclarecidas.					

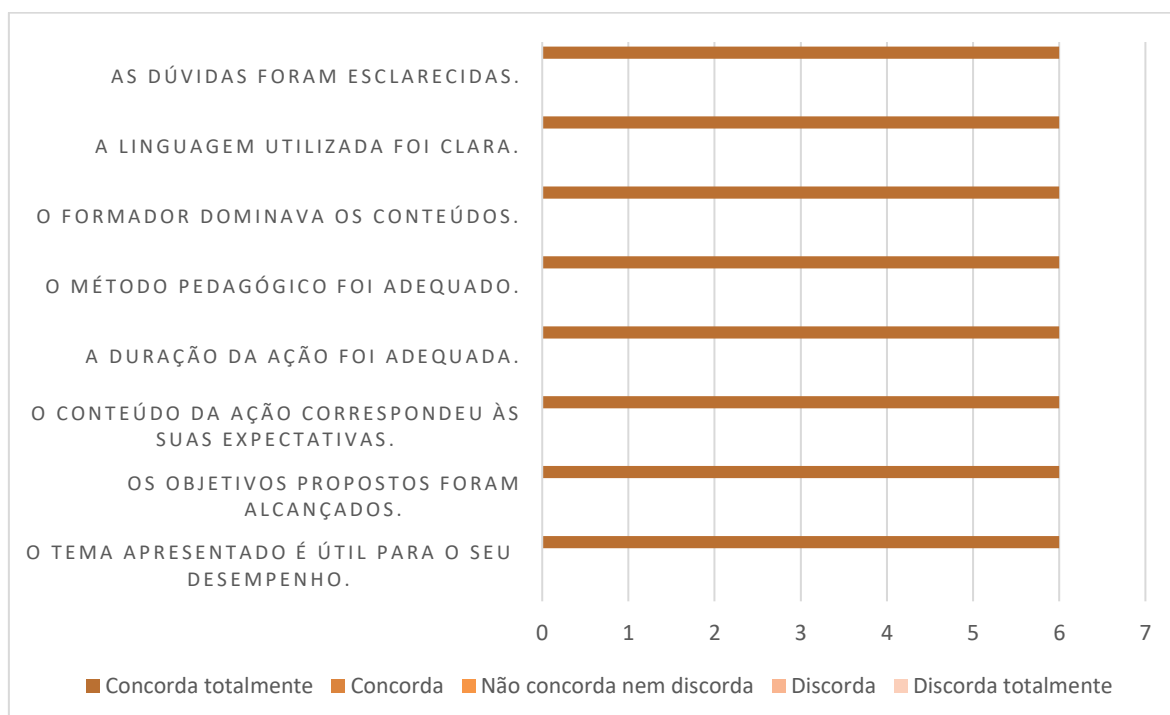
Obrigado pela sua participação

**Apêndice XIII – Resultado dos Questionários de Avaliação Ação: Norma de
Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde
Infantil e Juvenil**

Resultado dos Questionários de Avaliação da Ação: Norma de Procedimento em Enfermagem: O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Número de formandos: 6

Gráfico 4 - Resultado dos questionários de avaliação da ação de formação: Norma de procedimento em Enfermagem - O Foco Amamentar na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil



ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INTRAMUSCULAR EM PEDIATRIA

ADMINISTER INTRAMUSCULAR THERAPY IN PEDIATRICS

ADMINISTRAR TERAPIA POR VÍA INTRAMUSCULAR EN PEDIATRÍA

Ana Lúcia Caeiro Ramos – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Doutora em Enfermagem, Mestre em Saúde Pública, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Carla Sofia Sobral Trindade - Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Marta Isabel de Sousa e Castro Jesus - Pós-Graduada em Acidente Vascular e Cerebral, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

RESUMO

Enquadramento: A administração de terapêutica por via Intramuscular remonta desde há muito tempo, sendo uma das técnicas estudadas e praticadas pelos enfermeiros.

Objetivo: Identificar as melhores práticas de enfermagem aquando da administração de terapêutica por via Intramuscular em idade pediátrica.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura de artigos das bases de dados eletrónicas, B-on e ResearchGate®.

Resultados: Após um paralelo com a evidência teórica que orienta as boas práticas na administração de terapêutica por via Intramuscular, e que regula a intervenção de enfermagem uniformizando os cuidados, verificaram-se várias divergências, particularmente no tamanho e calibre da agulha adequadas a cada faixa etária. Em relação ao local de administração, assim como ao volume máximo a administrar em cada músculo e em cada faixa etária, as diferenças são mínimas.

Conclusão: A técnica da administração de terapêutica por via intramuscular é realizada diariamente pelos enfermeiros, mas ainda levanta questões relativamente à aplicação da melhor prática.

Palavras-chave: Injeção Intramuscular; Criança; Administração Terapêutica.

A IMPORTÂNCIA DOS LANCHES SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

THE IMPORTANCE OF HEALTHY SNACKS IN PRE-SCHOOL AGE

LA IMPORTANCIA DE LAS MERIENDAS SALUDABLES EN EDAD PREESCOLAR

Carla Sofia Sobral Trindade - Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, na Universidade de Évora, Doutora em Sociologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Marta Isabel de Sousa e Castro Jesus - Pós-Graduada em Acidente Vascular e Cerebral, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Resumo

A obesidade infantil, considerada uma doença multifatorial, relaciona-se com estilos de vida não saudáveis, como a alimentação inadequada e a inatividade física. A sua prevenção é essencial e necessita de uma atuação multidisciplinar e multissetorial que circunde indústria, políticas públicas, escola e família.

A idade pré-escolar é um período de desenvolvimento físico e psíquico que exige um reforço nutricional adequado, pelo que a prevenção nesta faixa etária torna-se primordial. Os lanches, considerados pequenas refeições e, na maioria das vezes, desprovidos de valor nutricional e descuidados na alimentação, são refeições importantes que devem conter alimentos saudáveis, como fator promotor de uma alimentação saudável.

Objetivos: Elucidar sobre a importância da adesão aos lanches saudáveis na idade pré-escolar.

Métodos: Revisão Narrativa.

Resultados: Para a promoção de hábitos salubres é indispensável investir no aumento da literacia relativa à alimentação saudável nas crianças.

Conclusões: Os lanches influenciam o estado nutricional da criança. É possível uma oferta apelativa, diversificada e saudável. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] aplica estratégias com vista à promoção da saúde através da alimentação saudável, tanto nas instituições de saúde como na comunidade.

Palavras-Chave: Promoção da saúde; lanche saudável; pré-escolar.

A CRIANÇA E AS TECNOLOGIAS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

CHILD AND TECHNOLOGIES: NURSE INTERVENTION

EL NIÑO Y LAS TECNOLOGÍAS: INTERVENCIÓN DEL ENFERMERO

Carla Sofia Sobral Trindade - Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, na Universidade de Évora, Doutora em Sociologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Marta Isabel de Sousa e Castro Jesus - Pós-Graduada em Acidente Vascular e Cerebral, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Resumo

A problemática da utilização excessiva por parte das crianças das Tecnologias da Informação e Comunicação [TIC] está em voga. É imperativo que o brincar seja novamente reconquistado e que assuma um lugar de destaque no quotidiano da criança, com momentos alusivos ao lúdico e ao desenvolvimento da criatividade individual, como elemento essencial ao desenvolvimento motor e psíquico saudável. Não obstante, a utilização regrada das TIC torna-se primordial como forma promotora do desenvolvimento infantil adequado.

Objetivos: Refletir sobre a utilização das TIC na idade pré-escolar, benefícios e malefícios no desenvolvimento infantil.

Métodos: Revisão narrativa.

Resultados: Percecionou-se que a tecnologia é um instrumento da atualidade, e não sendo possível impedi-la, há que reconhecer que a sua utilização pode acarretar consequências para o desenvolvimento das crianças, mas, também, benefícios, desde que bem utilizada.

Conclusões: O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] assume um papel preponderante na gestão da problemática das TIC versus o brincar, pois tem competências específicas que lhe permitem estar despertos às novas problemáticas que influenciam a saúde das crianças e família, e pode desenvolver ações para intervir na promoção da saúde.

Palavras-Chave: tecnologias da informação e comunicação; promoção; saúde; enfermeiro; criança.